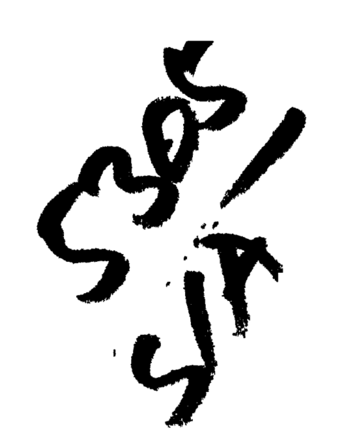




لمحات الســ[illegible] في فــن الولاده

تأليف

العالم الفاضل النطاسى الشهير

صاحب السعادة الدكتور عيسى باشا حمدى

معلم الامراض الباطنيه ورئيس المدارس الطبيه وحكيم باشا

اسبتالية قصر العينى والعائله الخديويه سابقا وعضو

بالجمعيه العلميه المصريه وبجملة جمعيات

علميه طبية بفرانسا

حفظه الله

الطبعة الثانية

هذه الطبعة طبعت بالمطبعة الاميرية سنة ١٣٢٠ هجريه

وبها ٣٦ شكلا زيادة عن الطبعة الاولى

فصار محتويا على

٢٠٠ شكل

(بالقسم الأدبى)



بسم الله الرحمن الرحيم

حمدا لمن صوّر وخلق . خلق الانسان من علق . وأخرجه من الظلمات الى النور . ومن الظل الى الحرور . وصلاة وسلاما على من وصل الأرحام وعلى آله وأصحابه الكرام

﴿وبعد﴾ فيقول راجى عفو المعيد المبدى عبده (عيسى حمدى) لما كان علم الولادة من أهم الفنون وألزمها . وأحسن الوظائف الفسيولوجية وأعظمها . لما فيه من خلاص الحامل والمحمول . وسلامة الشامل والمشمول . وانه مضى على مؤلفنا (لمحات السعاده فى فن الولاده) حين من الدهر (عشرون سنة) حدث فى خلالها للعلم تنوعات واستكشافات عديدة . سيما وان الطبعة الاولى تداولتها الايدى . كما يدل عليه تواتر الطلبات والرجوات من مصر والاقاليم الاخرى كسوريا وبلاد العرب والفرس باعادة طبعه فاجابة لهؤلاء الاخوان . وخدمة للانسانية والابدان . أبرزت للوجود الطبعة الثانية وأودعتها جميع المسائل الحديثة من هذا الفن كالوقاية من التعفن النفاسى الذى كثيرا ما يذهب بحياة الوالدات ومعالجته عند حصوله . والرضاعة بأنواعها . واللبن وكشفه وتعقيمه الى غير ذلك مما يقى الاطفال من الوقوع فى أمراض الجهاز الهضمى الخطر بحياتهم . والفطامة وزمنها وكيفيتها . والضعف الخلقى للطفل وما يناسبه من التحفظات وبذلك يشتمل الكتاب على ست مقالات . الاولى اعتبارات عمومية تشريحيه وفسيولوجية . الثانية الحمل . الثالثة الولادة الذاتية . الرابعة الولادة الصعبة . الخامسة الوقاية من التعفن النفاسى ومعالجته عند حصوله . السادسة الطفل بعد ولادته . فجاء بعون الله دليلا ساطعا . وبرهانا قاطعا . وافيا بالمطلوب

(فهرست كتاب لمحات السعاده فى فن الولادة لسعادة الدكتور عيسى باشا حمدى)

(تمت)

(المقالة الاولى اعتبارات عمومية تشريحية وفسيولوجية)

تعريف وظيفة المرأة وأعضاء تناسلها

وظيفة المرأة طبيا أنها تبيض وتحمل مايلقح من بيضها وتغذيه من دمها جنينا وترضعه طفلا وذلك أنها فى أحد أدوار حياتها تفرز شهريا من أحد مبيضيها بيضة أو أكثر اذا لقحت بنطفة الذكر تحول تدريجيا الى خلق جديد تحمله الأم فى رحمها حينا من الدهر تسمى فى خلاله حاملا وحملها جنينا حتى اذا تكاملت مدته الجنينية أو طرأ عليه مرض مّا أو سبب مّا يندفع بفعل الولادة قهرا الى الخارج مارّا بقناة موجودة فى تجويف عظمى مبطن باجزاء رخوة حتى اذا تم خروجه وكان يمكنه المعيشة يسمى طفلا ترضعه أمه نحو الحولين عادة

وفعل الولادة طبيعى غير ارادى يحصل متى كان الجنين فى نهاية الشهر التاسع وهو الغالب وحينئذ يسمى هذا الفعل بالولادة الطبيعية فلو كان هذا فى نهاية الشهر السابع سمى بالولادة المعجلة فلو فى أقل سمى بالاجهاض وفى هذه الحالة الاخيرة لايعيش المولود غالبا . ويشغل الجنين على التعاقب التجويف الحوضى ثم البطنى ثم الحوضى ثانيا عند مروره الى الخارج وهذان التجويفان يمكن اعتبارهما تجويفا واحدا يقال له التجويف البطنى الحوضى لانهما ليسا منفصلين عن بعضهما الا بالغشاء البريتونى وهذا التجويف يشتمل على المسافة الموجودة بين القفص الصدرى من أعلى والجدار السفلى للحوض الصغير من أسفل

فالتجويف البطنى أهميته قليلة عند المولد ولذا لانذكر الاتقاسيمه وهو تجويف متسع محاط بأعضاء صلبة ورخوة . فالصلبة هى من الخلف العمود الفقرى ومن أعلى الاضلاع السفلى المتصلة بالقص والاضلاع الكاذبة ومن أسفل الحفرتان العظميتان الحرقفيتان . وأما الاعضاء الرخوة فهى من أعلى الحجاب الحاجز ومن أسفل العضلات والصفاقات المبطنة للحفرتين الباطنيتين الحرقفيتين والبريتون الفاصل أعضاء التجويف البطنى من أعضاء التجويف الحوضى ومن الجانبين والامام الاجزاء الرخوة لجدر البطن . ولضبط أقسام التجويف البطنى يمد خطان عموديان من وسط الفرعين الأفقيين للعظمين العانيين الى أعلى حتى يتصلا بالحافة

السفلى للاضلاع فبهذين الخطين ينقسم التجويف البطنى الى ثلاثة أقسام قسمين جانبيين وآخر متوسط ثم يمد خط أفقى علوى من الحافة السفلى للاضلاع الكاذبة من أى جهة الى الحافة السفلى للاضلاع الكاذبة للجهة المقابلة لها ثم يمد خط آخر أفقى سفلى من الشوكة الحرقفية المقدمة العليا لاحدى الجهتين الى الشوكة الحرقفية المقدمة العليا للجهة المقابلة لها فبهذا العمل يصير كل قسم من الاقسام الثلاثة العمودية مقسوما الى ثلاثة أقسام ثانوية موضوعة فوق بعضها فالقسم المتوسط منها يوجد فيه من أعلى الى أسفل القسم المعدى فالسرى فالخثلى

وأما الاقسام الثلاثة الجانبية فهى من أعلى الى أسفل المراق فالخاصرة فالحفرة الحرقفية الباطنية . وجميع هذه الاقسام واضحة بشكل (١)

وأما التجويف الحوضى فمركب من تجويف عظمى مبطن بأجزاء رخوة ومسدود من أسفل بأجزاء رخوة أيضا وشامل لاعضاء رخوة يلزم الاهتمام بمعرفتها جيدا

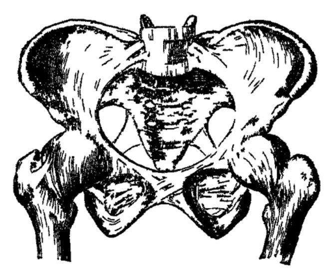
شكل (١)

(فى التجويف الحوضى العظمى)

الحوض العظمى يتكون من انضمام العظمين الحرقفيين ببعضهما من الامام وبالعجز والعصعص من الخلف بحيث ينتج عن ذلك نوع قناة أوقمع فتحته الواسعة متجهة الى الأعلى والامام وفتحته القليلة الاتساع متجهة الى أسفل باستقامة كما هو مرسوم فى شكل (٢) (انظر شكل ٢ مع شرحه فى صحيفة ٥)

شكل (١) هذا الشكل يشير الى قسم التجويف البطنى . فرقم (١) يشير للنتو الخنجرى . ورقم (٢) للحافة الضلعية . و (٣) للشوكة الحرقفية المقدمة العليا . و (٤) للثنية الاربية . و (٥) لجبل الزهرة . و (٦) لقسم المعدة . و (٧) للقسم السرى . و (٨) للقسم العانى أو الخثلى . و (٩) لقسم المراق . و (١٠) للقسم الخصرى . و (١١) للحفرة الحرقفية الباطنية

و ينقسم الى صغير وكبير فالكبير لا أهمية له للولد وأما الصغير فمحدود من أعلى بالمضيق العلوى ومن أسفل بالمضيق السفلى . فالمضيق العلوى بالنسبة لمحور الجسم مائل الى الامام من (٥٥) الى (٦٠) درجه كما فى شكل (٣)



شكل (٢)

وهذا المضيق مكون من الخلف من الزاوية العجزية والجهة الجانبية لقاعدة العجز . ومن الجانبين من الخط اللاسم له للعظمين الحرقفيين . ومن الامام من الفرعين الأفقيين العانيين ومن الارتفاق العانى كما هو مشار له بشكل (٤)

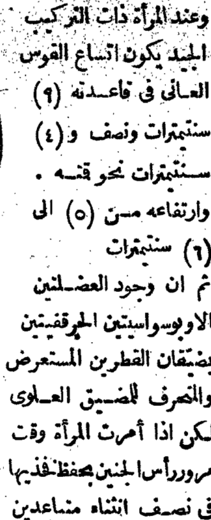
وأما المضيق السفلى فتكون أقطاره فى الهيكل الجاف (١١) سنتيمترا لكن الاقطار المنحرفة والمقدم الخلفى يمكن أن تتسع فى الهيكل الرخو حتى تبلغ (١٢) سنتيمترا وقت مرور رأس الجنين بتمدد الاربطة العجزية الحرقفية وبتحرك العصعص كما فى شكل (٥)

شكل (٣)

وأما أقطار التجويف الحوضى (أى أقطار المسافة التى بين المضيقين) فكل منها (١٢) سنتيمترا فى جزئه المتوسط واذا كان العجز أكثر انحناء يصل القطر المقدم (انظر شكل ٤ و ٥ مع شرحهما بصحيفة ٦)

شكل (٢) هذا الشكل يشير الى حوض امرأة مغطى بأربطته

شكل (٣) هذا الشكل يشير الى قطع الحوض قطعا متوسطا من الخلف الى الامام لرؤية الميل الطبيعى للمضيق العلوى



شكل (٤)

شكل (٥)

الخلفى الى (١٣) سنتيمترا وعند المرأة ذات التركيب الجيد يكون اتساع القوس العانى فى قاعدته (٩) سنتيمترات ونصف و (٤) سنتيمترات نحو قمته . وارتفاعه من (٥) الى (٦) سنتيمترات

ثم ان وجود العضلتين الاوبوسواسيتين الحرقفيتين يضيقان القطرين المستعرض والمنحرف للمضيق العلوى لكن اذا أمرت المرأة وقت مرور رأس الجنين بحفظ فخذيها فى نصف انثناء متباعدين قليلا فلا يحدث وجودهما ضيقا محسوسا فى الحوض . أما ثخن قاع المثانة ووجود نسيج خلوى شحمى ووجود المستقيم وحوافى فتحة الرحم فانها تحدث ضيقا فى المضيق العلوى وفى تقعير الحوض

والمضيق السفلى يتركب من العجان المكوّن لأرضية الحوض وهذا العجان وان

شكل (٤) يتضح منه أقطار المضيق العلوى فقطره المقدم الخلفى أو العجزى العانى المشار اليه برقم (١) طوله (١١) سنتيمترا وقطره المستعرض المشار له برقم (٢) طوله (١٢) سنتيمترا وقطره المنحرف المشار اليه برقمى (٣) و (٤) طوله من (١٢) الى (١٣) ونصف سنتيمترا

شكل (٥) هذا الشكل يشير لرؤية المضيق السفلى فرقم (١) يشير للقطر المقدم الخلفى أو العصعصى العانى ورقم (٢) يشير للقطر المستعرض ورقما (٣) و (٤) يشيران للقطرين المنحرفين

كان

كان متينا الا أنه قابل للتمدد فيسمح لمرور الجنين بدون تمزق متى كانت انقباضات الرحم منتظمة . وطول العجان أثناء الراحة نحو (٨) سنتيمترات ويبلغ ١٢ سنتيمترا وقت الولادة بل والى ١٥ سنتيمترا . ومن وظائفه أنه يبطئ انقذاف الجنين ويمنع الولادة الفجائيــة أثناء وقوف المرأة ويقهر الرأس على توجيــه مؤخرها الى الامام فى الزمن الثالث من ميخانيكية المجئ بالقمة

ثم ان وجود الاجزاء الرخوة لايغيــر شكل ولا طول الجدار المقــدم للحوض فيبقى طوله على ماهو عليــه أى نحو (٤) سنتيمترات تقريبا فى محاذاة الارتفاق العانى لكن وجـودها ينوع طول وميــل الجدار الخلفى فيزداد طوله أثناء مرور الرأس من المضــيق الســفلى فيبلغ نحو (٢٦) أو (٢٧) سنتيمترا مع ان طول العجز والعصعص لايكون الا (١٢) سنتيمترا من هــذا المقــدار والباقى ينجم عن تمدد العجان تمددا زائدا بحيث ان الزاوية الخلفيــة للفرج تصــل قرب الارتفاق العانى كما فى شكل (٦)

ولاجل فهم ميخانيكية الولادة يلزم دائما المولد تذكر أن الجنين عنــد خروجه يتبع الانحناء المشار اليه بحرف (ا ب) الذى عتــد من مركز المضيق العلوى ويقطع التقعير الحوضى موازيا لتقعير العجز مارّا من مركز المضــيق السفلى آتيا الى مركز الفرج الذى صار عموديا بوصول الرأس الى أرضيــة العجان كما فى شكل (٦)

شكل (٦)

شكل (٦) هــذا الشكل يشير لرؤية القناة الفرجية الباطنية أثناء مرور رأس الجنين فحرفا (b a) يشيران للمحور العام لتقعير الحوضى أثناء مرور الرأس من المضيق العلوى الى خروجها من الفرج وحرفا (ث) و (د) يشيران للعجان الذى تضاعف طوله بتمدده وحرفا (ى) و (د) للفرج الذى صار مستقيما بعد ان كان منحرفا قبل وصول الرأس الى أرضية العجان

(ملحوظة) قصــيرة القامة من النساء ذات التركيب الجيــد تلد بسهولة عن طويلة القامة لقصر عظام حوضها وصغر جنينها عن الطويلة

(فى العجان أى الاجزاء الرخوة السادّة لتجويف الحوض الصغير من أسفل)

تسدّ الفتحة السفلى لتجويف الحوض الصغير بحاجز عضلى تقعيره الى أعلى ويمر فى جزئه المتوسط ثلاث قنوات هى من الامام الى الخلف قناة مجرى البول فالمهبل فالمستقيم . ويتركب الحاجز المذكور عدا الاوعية والأعصاب من طبقتين موضوعتين فوق بعضهما تقريبا فالعليا منهما أغلب أجزائها مكونة من العضلة الرافعة للشرج وسطح هذه العضلة العلوى مقعر والسفلى محدب ودائرتها حلقية تقريبا . وتندغم أليافها من أعلى فى محيط باطن التجويف الحوضى ومن الامام فى الوجه الخلفى للعظم العانىّ قرب الارتفاق العانى . ووحشى ذلك فى الوجه الخلفى للفرع الافقى العانى وأسفل وخلف ذلك فى القوس الليفى الوترى الممتد من الجزء الخلفى من جسم العظم العانى الى الوجه الباطنى للحدبة الوركية

ثم ان الالياف العضلية الناشئة من جميع هذه النقط المذكورة تتجه الى أسفل نحو الخط المتوسط المقدم الخلفى للضيق السفلى ومنه تتجه الى جهات مختلفة . فالالياف العضلية المقدمة منها تتجه الى جانبى المثانة الأن بعضها يندغم وسطها والبعض يندغم فى جانبى المهبل والبعض فى جداره الخلفى بعد أن يتصالب مع ألياف الجهة المقابلة لها فى المسافة الفاصلة للمهبل من المستقيم . وأما الالياف العضلية الجانبية فتتجه نحو المستقيم وتنزلق فى جانبه وبعد أن تسير معه قليلا تتجه الى جداره الخلفى لتندغم فيه بعد أن تتصالب مع الالياف الآتية من الجهة المقابلة فى الاستطالة الليفية الممتدة من قمة العصعص الى الجزء الخلفى للمستقيم . وأما الالياف العضلية الناشئة من الحدبة الوركية ومن رباط العجز الوركى الصغير فانها تندغم فى الجهتين الجانبيتين للعصعص وفى وجهه المقدم كما هو واضح بشكل (٧)

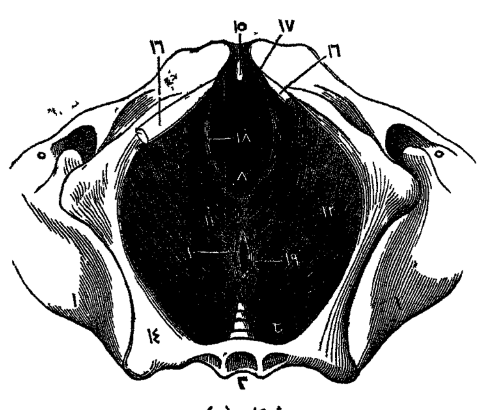
ثم ان هذه العضلة الرافعة للشرج مغطاة بصفاق ليفى ممتد فى جميع السطح الباطنى للحوض الصغير وهذا الصفاق مع التصاقه بالصفاق الحوضى الوركى يتكوّن منهما حاجز ليفى تقعيره الى أعلى ومحتوٍ على الاعضاء الحوضية

أما الطبقة السفلى للعجان فمكونة من جملة عضلات . وهى العاصرة الظاهرة

(انظر شكل ٧ مع شرحه بصحيفة ٩)

للشرج

للشرج والعاصرة المهبلية والمستعرضة العجانية والوركية المجوفة كما هو واضح بشكل (٨)

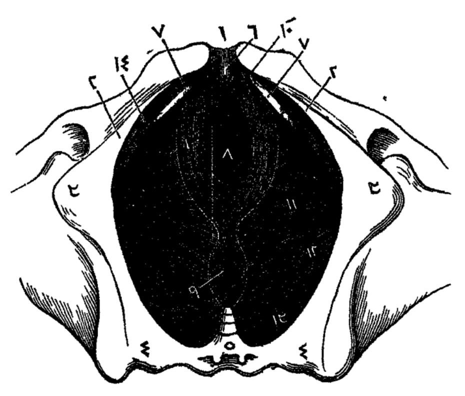


شكل (٧)

فالعضلة العاصرة الظاهرة الشرجية تحيط بالطرف السفلى للستقيم وتنشأ أليافها من جهتى رباط ليفى ممتد من قة العصعص الى جانبى الجزء السفلى للمستقيم والى جهته المقدمة فبعض الالياف العضلية الآتية الى الجهة المقدمة للجزء السفلى للستقيم (أى الشرج) متى وصل للجهة المقدمة يتصالب مع الالياف المماثلة للجهة المقابلة وينتهى هنالك . والبعض الآخر بعد هذا التصالب يستمر متجها نحو العانة ليساعد على تكوّن العضلة العاصرة للهبل كما هو واضح بشكل (٨)

ومن خصائص العضلة العاصرة الشرجية أنها بمرونتها وانقباضها تغلق المستقيم . وأما ألياف العضلة العاصرة المهبلية فهى آتية من الالياف العضلية المتصالبة (انظر شكل ٨ مع شرحه بصحيفة ١٠)

شكل (٧) هذا الشكل يشير للوجه السفلى للعضلة الرافعة للشرج فرقم (١) يشير للعظم الحرقفى و (٢) للعجز و (٣) للعصعص و (٨) للهبل و (١٠) للشرج و (١١) للالياف العضلية الآتية من العانة و (١٢) للالياف العضلية الآتية الى العصعص و (١٣) للالياف العضلية الوركية العصعصية و (١٤) للرباط العظيم العجزى الحرقفى و (١٥) للبظر و (١٦) للأجسام المجوفة للبظر مقطوعة و (١٧) للصماخ البولى و (١٨) للعاصرة الفرجية و (١٩) للعاصرة الشرجية



للعضلة العاصرة الشرجية فبعد تصالبها أمام الشرج تحيط بجميع جهات المهبل متجهة الى الامام نحو البظر ليندغم بعضها فيه والبعض الآخر يندغم فى رباطه

شكل (٨)

العلوى كما هو واضح بشكل ٨ المذكور . وأما العضلة المستعرضة العجانية لجهتى الحوض فتنشأ من الحدبة الوركيـة ثم تتجه الى الانسـية ومتى وصلت الى الخط المتوسط المقـدم الخلفى للضيق السفلى اختلطت أليافها بالالياف المستعرضة للجهة المقابلة وبالالياف العضلية للعاصرة الشرجيـة وبالالياف العاصرة المهبلية كما هو مشار له برقم (١١) فى هذا الشكل . وأما العضلتان الوركيتان المجوفتان فكل منهما موضوع فوق الحافة السفلى للوجه الباطنى للفرع الوركى من العظم العانى ثم تتجه الالياف الانسية الى الخارج فتحيط بجدر البظر ويندغم بعضها فى غلافه كما فى ذلك الشكل أما باقى أليافها فيندغم فى الحدبة الوركية بجهتها . ويوجد خـلاف ماذكر فى الاجزاء الرخوة للحاجز العجانى المذكور صفاقات ونسيج خلوى

شكل (٨) هذا الشكل يشير لعضلات العجان فرقم (١) يشير للارتفاق العانى و (٢) للقوس العانى و (٣) للحدبة الوركية و (٤) للرباط العظيم العجزى الوركى و (٥) للعصعص و (٦) للبظر و (٧) للأجسام المجوفة و (٨) للمهبل و (٩) للشرج و (١٠) (١) لعاصرة المهبل و (١٠) (٢) للالياف المدعمة فى الارتفاق العانى و (١١) للعضلة المستعرضة للعجان و (١٢) للالياف العضلية العصعصية الرافعة للشرج و (١٣) للالياف العضلية الوركية العصعصية الرافعة للشرج و (١٤) للعضلات الوركية الاجوفية

وشحمى وأوعية وأعصاب

((فى الاعضاء الحوضية)) ـ الاعضاء الموجودة داخل تجويف الحوض الصغير هى المستقيم والمثانة وقناة مجرى البول والمهبل والرحم ومتعلقاته كماهو مشار له بشكل (٩)

((فى المستقيم))

المستقيم هو الجزء السفلى النهائى للامعاء الغلاظ وينتهى بفتحة فى الجلد تسمى الشرج كما هو مبين فى شكل (٩)

. وهذه الفتحة محاطة بعضلتين عاصرتين احداهما من الظاهر محيطة بالفتحة الشرجية

شكل (٩)

الظاهرة وقد سبق شرحها . والثانية محيطة بالفتحة الداخلية للشرج فى جزئه العلوى وهذه العضلة هى تكاثر وتخن الالياف العضلية للطبقة العضلية للجزء النهائى للمستقيم . وحيث ان القناة المهبلية تقبل أليافا عضلية كما ذكرنا من العضلة الرافعة للشرج فترتفع هى كذلك وتنقبض بانقباض هذه العضلة ولذا سماها بعض المولدين بالعضلة الرافعة الشرجية المهبلية

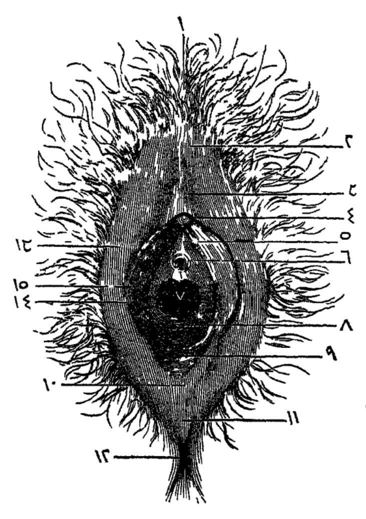
((فى المثانة وقناة مجرى البول)) ـ يوجد أمام المهبل والرحم كماهو مشار له بشكل (٩) المثانة وقناة مجرى البول التى طولها عند المرأة نحو ثلاثة سنتيمترات وملتصقة بالجدار المقدم للمهبل ومنتهية فى الفرج بفتحة يقال لها الصماخ البولى كماسنشرح ذلك

((فى جبل الزهرة والفرج)) ـ جبل الزهرة والفرج هما أعضاء التناسل الظاهرية

شكل (٩) هـذا الشكل هو قطع مقدم حلى قايم للحوض مع أعضائه التناسلية الى نصفين لرؤية الأعضاء الموجودة فى الحوض ومجاورتها لبعضها ومجاورة البريتون للرحم والمهبل ويبين المستقيم من الخلف . والمثانة وقناة مجرى البول من الامام . والرحم والمهبل من الوسط . والعجان الحقيقى من أسفل

المشار لها بشكل (١٠) .

أما جبل الزهرة فهو ارتفاع مستدير كثير البروز عند الصغيرات موضوع أمام العظم العانى أعلى الفرج مشارله برقم (١) من شكل ١٠ ومحدود من كل جانب بالثنية الأربية ومركب ى الظاهر من الجلد المحتوى على كثير من البصيلات الشعرية يظهر شعرها فى سن البلوغ وعلى كثير من غدد دهنية وعرقية وتحت هذا الجلد كتلة من نسيج خلوى ونسيج مرن مندمج تختلف كميته تبعا لبنية المرأة وهى تكون عند الأطفال أكثر من الطاعنات فى



شكل (١٠)

السن وفى العادة تزيل المسلمة الثيب شعره كلما نبت لأجل النظافة وتبقيه غيرها سواء كانت بكرا أو ثيبا . وأما الفرج فهو الجزء الموضوع أسفل من جبل الزهرة وأعلى من العجان كما هو مبين فى شكل (١٠) ومحدود من الجانبين والخارج بالشفرين العظيمين ومن الجانب والداخل بالشفرين الصغيرين ويوجد

شكل (١٠) هذا الشكل يشير لرؤية الفرج والشفرين العظيمين والصغيرين متباعدة عن بعضها الى الخارج لرؤية الاعضاء الاخرى . فرقم (١) يشير لجبل الزهرة و (٢) للزاوية الفرجية المقدمة أو المجمع المقدم و (٣) لقلفة البظر أى كبوده و (٤) للبظر و (٥) لدهليز الفرج و (٦) للصماخ البولى و (٧) لفتحة غشاء البكارة أو فتحة قناة المهبل و (٨) لغشاء البكارة و (٩) للحفرة الزورقية و (١٠) لشوكة الفرج أو المجمع الخلفى له أو الزاوية الخلفية الفرجية و (١١) للعجان و (١٢) للشرج و (١٣) للشفرين العظيمين و (١٤) للشفرين الصغيرين و ١٥ لفتحات غدد (برتولين)

فيه

فيه من أعلى الى أسفل وعلى الخط المتوسط البظر وكبوده والدهليز والصماخ البولى والغشاء البكارى عند العذارى وفتحة المهبل والحفرة الزورقية والشوكة أو المجمع الخلفى والعجان كما هو مبين فى شكل (١٠) . فالشفران العظيمان هما ثنيتان من الجلد مشار لهما برقم (١٣) من الشكل المذكور ومتوازيتان سميكتان فى جزئهما العلوى ويرقان كلما نزلا الى أسفل متصلتان ببعضهما من أعلى ويكونان الزاوية الفرجية المقدمة أو المجمع المقدم للفرج رقم (١٠) ثم ينمحيان فى جبل الزهرة المشار اليه برقم (١) ويتصلان ببعضهما أيضا أسفل الفرج فيكونان الزاوية الفرجية السفلى أعنى شوكة الفرج رقم (٩) ويوجد لكل من الشفرين العظيمين سطحان وحافتان . فالسطحان ظاهرى وباطنى فالظاهرى جلد مغطى بشعر عند البالغة غير المسلمة أما المسلمة فتزيله للنظافة والباطنى أملس وردىّ اللون عند ذوات الجلد الابيض . والحافتان خلفية ومقدمة فالخلفية ملتصقة بالأنسجة الخلوية الموجودة تحتها والحافة المقدمة سائبة مستديرة ينبت فيها الشعر عند البالغة ويقلّ تكاثفه فى جزئه السفلى الخلفى . وعند الشابة السمينة الجيدة البنية تكون هذه الحافة سميكة صلبة ملامسة للحافة المقدمة من الشفر العظيم للجهة المقابلة . وعند النحيفة خصوصا المتكررة الولادة تكون رقيقة ذابلة متباعدة عن الحافة المقدمة للشفر المقابل فترى من بينهما الأجزاء الاخرى للفرج . وكل من هذين الشفرين العظيمين يتركب من ثنية جلدية داخلها نسيج خلوى وشحمى وآخر مرن وأوعية وأعصاب وغدد دهنية وعرقية . ويندغم فى كل منهما الفرع الظاهر للرباط المبروم للرحم . وأعصابهما تأتى من الضفيرة القطنية

(الشفران الصغيران) ـ الشفران الصغيران هما ثنيتان رقيقتان من الجلد الذى صار كغشاء مخاطى . لونهما وردى عند ذوات الجلد الابيض القليلات الاستعمال وموضوعان داخل الشفرين العظيمين على جانبى غشاء العذراء . لكل منهما وجهان وحافتان وطرفان . فالوجهان ظاهر وباطن فالظاهر مغطى بالشفر العظيم لجهته والباطن ملامس للوجه الباطن من الشفر الصغير للجهة المقابلة له . والحافتان مقدمة وخلفية فالمقدمة سائبة والخلفية ملتصقة تنمحى فى النسيج المتصل بها من غشاء البكارة . والطرفان علوى وسفلى فالسفلى لكل منهما

ينتهى تارة فى السطح الباطن للشفر العظيم لجهته فى محاذاة جزئه المتوسط وتارة يمتد وينزل الى أسفل ويجتمع مع الطرف السفلى للشفر الصغير لجهة المقابلة له ويساعدان على تكوين الشوكة الفرجية . وأما الطرف العلوى لكل من الشفرين الصغيرين فيتفرع الى فرعين أحدهما يصعد أعلى البظر وهنالك يتقابل بالمماثل له من فرعى الطرف العلوى للشفر الصغير المقابل ومن اجتماعهما يتكوّن كبود البظر أى قلفته المشار له برقم (٣) . والفرع الثانى يمر أسفل البظر وهنالك يتقابل مع المماثل له من الشفر الصغير للجهة المقابلة ثم يندغمان هنالك فى البظر من أسفل . ويحتوى الجلد المكوّن للشفرين الصغيرين على كثير من الأعصاب ولذا كان الشفران المذكوران كثيرى الاحساس . ويحتوى أيضا على كثير من الغدد الدهنية والاوعية الدموية الشعرية واللفاوية . (البظر) يتكوّن البظر من اجتماع جذرين من نسيج انتصابى يسميان بالجسمين المجوفين ينشأ كل منهما من الفرع الوركى العانى لجهته ثم ينضمان لبعضهما فيكوّنانه وهو جسم مستدير بارز مشار له برقم (٤) يعلوه جزء آخر بارز ارتفاعه بعض ملليمترات كثير الاحساس يسمى الحشفة . والبظر موضوع أمام الارتفاق العانى ومرتبط به برباط يقال له الرباط المعلق للبظر وموضوع أيضا أمام الزاوية الفرجية المقدمة المكوّنة من تقابل الطرفين العلويين للشفرين العظيمين للفرج . ثم ان البظر يتكوّن خلا النسيج الانتصابى البادى ذكره من أوعية شريانية غليظة حلزونية الشكل وأوعية لمفاوية وشعرية وكثير من الأعصاب . وقد يكون البظر ناميا عند بعض النساء فالمصريات الحقيقيات والسودانيات يقطع منهن مع الشفرين الصغيرين عند مايكون عمرهن سبع سنين تقريبا ويسمى هذا القطع ختان البنات وهذا الختان وان كان مؤلما وقتئذ الا أنه صحى لان الافراز الدهنى المنفرز من هذه الاعضاء ان لم تقطع ربما تزنخ وأحدث التهابات شفرية فرجية قد تمتد الى المهبل بل والى قناة مجرى البول . ومن جهة أخرى فان هذا القطع يقلل اشتهاء البنت فانه لا بظر ولا شفر لديها ينشأ عنهما احتكاك جالب للاشتهاء وحينئذ لا تصير البنت من صغرها عصبية . ويترتب على هذا الختان أيضا عدم بشاعة المنظر للفرج لانه قد أزيلت عنه الاجزاء البارزة المشوّهة له

(فى)

(فى دهليز الفــرج) دهليز الفرج هو الجزء المشار له برقم (٥) وهو على شكل مثلث قمتــه الى أعلى وقاعدته الى أسـفل فيها الفتحــة الظاهرة لقناة مجرى البول (أى الصمـاخ البولى) وهى المشار لها برقم (٦) . وهذه الفتحـة كثيرا ماتعسر معرفتها على الطبيب أو القابلة متى كانت المرأة مسـتترة خصوصا اذا كانت الفتحة محاطة بانخفاضات صـغيرة تلتبس بها . وغشاء بكارة العذراء المشـار له برقم (٨) يوجد أسفل الصمـاخ البولى المذكور . والحفرة الزورقية للفرج المشار لها برقم (٩) توجد أسفل غشاء البكارة . وهى انبعاج واضح عند من لم تلد وغير واضح عند غيرها . والشوكة الفرجية المشار لها برقم (١٠) توجد أسفل الحفرة الزورقية . والعجان الحقيقى هو المسافة التى تفصـل الفـرج من فتحـة الشرج ومشار لهـا برقم (١١) . وفتحة الشرج موجودة أسفل العجان ومشار لها برقم (١٢)

﴿تنبيه﴾ يوجـد عـدد عظيم من الغـدد الدهنية والمخاطيـة فى أجزاء الفرج خصوصا فى الدهليز والشفرين الصغيرين وقلفة البظر . ويوجد فى فتحة جهتى المهبل زوج من الغدد الكبيرة الحجم تنفتح فى محاذاة اجتمـاع الثلث المتوسط والثلث السفلى للفرج وهذه الغدد تسمى بالغدد المهبلية الفرجية أو بغدد (بارتواين) رقم ١٥ وحجم كل واحدة منهـا مثل حجم اللوزة تقريبـا وهى من الغدد العنقودية ومغطاة بالعضلة العاصرة . المهبلية . والفرج يتمدد قليلا وتتمزق زاويته الخلفية فى كثير من الاحوال خصوصا فى الولادة الاولى . ولكونه يتمدد بصعوبة وقت مرور رأس الجنين منه لا يعود لقطره الاول الا بصعوبة بعد الولادة وإذن يصـير الفرج رخوا ذابلا عند متكررة الولادة سيمـا اذا كانت الولادة متتابعة بدون فترة

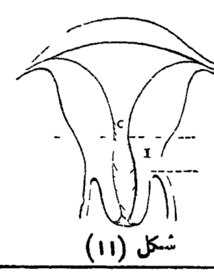
(فى المهبل وغشاء العذراء) المهبل قناة عضلية غشائية ممتدة من الفرج الى الرحم متجهــة من أسـفل الى أعلى ومن الامام الى الخلف ومفرطحة عرضا وجـدارها المقدم ملامس لجدارهـا الخلفى وبذلك تكون هيئتها كشق مستعرض أفقى عرضها من (٣) الى (٤) سنتيمترات وطولها نحو (١٠) سنتيمترات . ويميز للمهبل حافتان جانبيتان وطرفان علوى وسفلى وجداران مقدم وخلفى لكل منهما وجهان ظاهر وباطن . ويوجد وسط الوجه الباطن لكل منهما بروز مستطيل يسمى بالعمود المهبلى ينتهى المقدم منهما فى الفرج خلف الصمـاخ البولى بجزء أكثر سعة وبروزا من

باقى أجزائه يسمى بحدبة المهبل أوالبصلة المهبلية وتكون كدليل للولد عند مايريد قسطرة مثانة المرأة . وعلى جانبى عمود المهبل تتكرش جدره على هيئة ثنيات مستعرضة تكون كثيرة الوضوح كلما قربت من الفرج وهى والاعمدة تقل وضوحا كلما صعدت وتزول بالوصول الى الرحم . ويوجد فى تحدبات هذه الثنيات كثير من الحلمات . والجدار الخلفى للمهبل مرتكز من أعلى على المستقيم كما فى شكل (٩) المتقدم ومن أسفل على العجان منفصلا عن المستقيم بمسافة مثلثة قاعدتها الى أسفل وقتها الى أعلى ممتلئة بنسيج خلوى شحمى وهذه المسافة هى العجان الحقيق كما هو مبين فى شكل (٩) المذكور . وعند تباعد المهبل من أعلى عن المستقيم ينزل البريتون المغلف للوجه المقدم للجزء العلوى من المستقيم الى أسفل فى نقطة اتصالهما ثم ينعطف صاعدا الى أعلى مغلفا للوجه الخلفى من الجزء العلوى للمهبل وبهذا الانعطاف يكون قعر كيس عمقه من (١٥) الى (٢٠) ملميترا تأتى فيه الامعاء أحيانا ويسمى قعر كيس (دوجلا) كما هو واضح فى الشكل المذكور . والجدار المقدم للمهبل مقعر قليلا ومجاور من أعلى للمثانة التى تغطيه فى مسافة (٣) سنتيمترات تقريبا ومجاور من أسفل لقناة مجرى البول التى تتبع سيره الى الفرج كما هو واضح فى الشكل المتقدم . والحافتان الجانبيتان تجاوران من أعلى الى أسفل الجزء السفلى من الاربطة العريضة للرحم والنسيج الخلوى تحت البريتون والصفاق الحوضى والعضلة الرافعة الشرجية . والطرف العلوى للمهبل يندغم حول عنق الرحم كما هو واضح فى شكل (٩) انما الجدار المقدم منه يندغم فى محاذاة اجتماع ثلثه السفلى بثلثه المتوسط . والخلفى يندغم أعلى ذلك أى فى محاذاة اجتماع الثلث المتوسط بالثلث العلوى ولذا كان أطول من المقدم باثنين سنتيمتر . ومن هذه الاندغامات تتكون قعور أكياس مهبلية الخلفى منها أكثر غورا . والطرف السفلى له أكثر سمكا من باقى أجزائه وينتهى فى الفرج بالفتحة المهبلية وبغشاء بكارة العذراء التى لم يمسها ذكر لكن هذا الغشاء ليس قائما بنفسه بل هو منتهى الغشاء المخاطى المهبلى وبناء على ذلك تكون فتحة غشاء البكارة هى بعينها فتحة المهبل المشار اليها برقم ٨ من شكل (١٠) وهذه الفتحة تكون حلقية ومركزية فى الغالب وقد تكون فى الجزء العلوى من الغشاء أسفل قناة مجرى البول وليست

منفصلة

منفصلة عن فتحة الصماخ البولى الا بالحافة الخلفية لها والبصلة المهبلية فشكلها اذن يكون هلاليا كالغشاء المكوّن لها . وأحيانا تكون خطية عمودية أو ذات فتحتين أو أكثر وتسمى حينئذ الغربالية . وقد لا توجد فتحة مهبلية فيترا كم دم الحيض داخل المهبل متى بلغت المرأة فيلتجأ لعمل فتحة صناعية . ومحيط فتحة غشاء البكارة تارة يكون سميكا ذا مقـ ومـة عظيمة فلا يتمـزق بالجماع لكن على العموم يكون رقيقا سهل التمزق من أول جماع فتصل تمزقاته الى جدار الفرج والاهداب الناشئة عنها تسمى الزوائد الآسية . ﴿تركيب المهبل﴾ يتركب المهبل من ثلاث طبقات باطنة مخاطية وظاهرة خـلوية ووسطى عضلية أليافها ملسا ويوجـد فى جزئه السفلى من الامام والخلف بصلتاه المكونتان من نسيج انتصابى كنسيج البظر وأحيانا يكون بالمقدمة منهما حفرة تسكنها الغدة الفرجية المهبلية

﴿فى الرحم﴾ ـ الرحم مجلس نزيف الحيض يحمل البيضة الملقحة زمن الحمل ثم يقذفها الى الخارج متى تمّ نموها وعند خلوه منها يوجد فى تجويف الحوض الصغير بحيث يكون محوره الأعظم مقابلا لمركز المضيق العلوى تقريبا وهو مثبت بأربطة كثيرة المرونة بها يمكن تغير موضـعه فى حالتى فراغه وامتلائه . ففى مدة فراغه يندفع الى الامام لامتـلاء المسـتقيم أو الى الخلف لامتلاء المثانة أو الى الاسـفل لضغط الامعاء عليه من أعلى وقد توجد أسباب مرضية توجد هذا التغير . وأما فى مدة امتلائه فيرتفع الى أعلى . وشكله حين الخلو من البيضـة يكون على هيئـة القرعة التى يستعملها صـيادو الاسمـاك أى ان له انتفاخين منفصلين عن بعضهما بجزء ضيق يسمى البرزخ . أحدهما علوى وهو جسم الرحم وشكله كمثرى مفرطح من الامام والخلف وجزؤه الاكثر ارتفاعا هو قاعـه كما هو مبـين فى شكل (١١) . والآخر سـفلى وهو أقل حجما من الاول ويسمى عنق الرحم . ويقسم المهبل هذا العنق الى قسمين علوى خارج المهبل وسـفلى داخـله يسمى (بوز القنومة) وهو الذى يبرز عند الكشف بالمنظار على الرحم . وطول عنق الرحم من (٩) الى (١١) ملليمترا مـن الامام



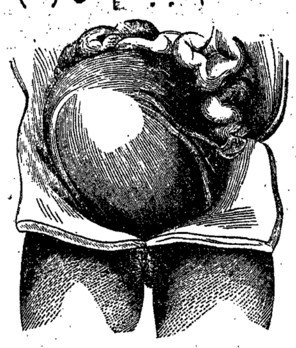
شكل (١١)

شكل (١١) هذا الشكل يبين صورة الرحم مدة فراغه

ومن (١٤) الى (١٦) من الخلف كما هو مبين فى شكل (١٢) وينتهى عنق الرحم فى المهبل بفتحة على صورة شق مستعرض حافتها مستديرة . أما اذا كان الرحم محتويا على البيضة فانه يتغير شكله بتمدده فمن الشكل الكمثرى المفرطح يكتسب هيئة الجدانة ثم يصير بيضاويا تاما كما فى شكل (١٣) ومع هذا التغير لا يفقد الرحم شيأ من سمكه ولا يغير مجاورته للبريتون ولكن كلما عظم حجمه صعد الى تجويف البطن ومال بقاعه الى الامام واليمين كما هو مبين فى شكل (١٣) المذكور

شكل (١٢)

﴿تركيب﴾ - الرحم يتركب الرحم من ثلاث طبقات عضلية الاولى سطحية ضفيرية الشكل والثانية غائرة سميكة مكونة من ألياف حلقية والطبقة الثالثة موجودة بين هاتين الطبقتين وتتكون من ألياف طولية السطحية منها تنحنى على هيئة عرى لمرورها فى الالياف الحلقية لعنق الرحم كما هو مبين فى شكل (١٤) وللرحم وجهان ظاهر وباطن فالظاهر يشتمل على سطحين وثلاث حافات وثلاث زوايا . أما السطحان فمقدم وخلفى . فالمقدم محدب قليلا ومغطى بالبريتون فى جميع امتداده الا الجزء الكائن أعلى المهبل من عنقه فانه ملتصق بالوجه الخلفى للمثانة فى امتداد قدره من (١٤) الى (١٥) ملليمترا كما هو واضح فى شكل (٩) المتقدم الذكر . والخلفى أكثر تحدبا من المقدم ومغطى أيضا بالبريتون فى جميع امتداده بل وينزل على الجزء العلوى من الجدار الخلفى للمهبل . والثلاث حافات احداها عليا واثنتان جانبيتان . فالعليا مكونة لقاع الرحم ومحدبة قليلا عند من لم تلد ومغطاة بالبريتون ومشار لها بحرف ألف الفرنسوى من شكل (١٥) (انظر شكل ١٤ و١٥ مع شرحهما بصحيفة ١٩)



شكل (١٣)

شكل (١٢) هذا الشكل يشير الى بوز القنومة

شكل (١٣) هذا الشكل يبين هيئة الرحم آخر مدة الحمل مع انحنائه الى اليمين

والحافتان

والحافتان الجانبيتان تندغم فيهما الاربطة العريضة والمبرومة ويمر فى محاذاة اندغام هذه الاربطة الاوعية والاعصاب الرحمية . والثلاث زوايا منها اثنتان جانبيتان وواحدة سفلى فالجانبيتان متصلتان بالبوقين المشار لهما بحرف (د) من شكل (١٥) والسفلى مكونة لعنق الرحم حرف صفر فرنسوى . وينقسم الوجه الباطن الى قسمين علوى وسفلى . فالعلوى تجويف جسم الرحم حرف (ب) شكل (١٥) المذكور ومبطن بغشاء مخاطى رقيق لا يتجاوز سمكه (١) ملليمتر ولونه

شكل (١٤)

شكل (١٥)

شكل (١٤) هذا الشكل يشير للرحم فى انتهاء مدة الحمل لرؤية أنواع اليافه الثلاث فرقم (١) يشير للالياف الضفيرية ورقم (٢) يشير للالياف الطولية ورقم (٣) يشير للالياف المستعرضة (أى الحلقية)
شكل (١٥) هذا الشكل يشير الى رحم مفتوح من الامام تجويفه مؤشر له بحرف (ب) والى بوقيه اليسارى منهما مفتوح كذلك والى مبيضيه اليسارى منهما مقطوع ليرى فى باطنه البويضات ويشير الى رباطيه العريضين والمبرومين والى المهبل المفتوح من الامام أيضا المندغم فى عنق الرحم

وردى وسطحه السائب موشح بأخلية بشرية اسطوانية الشكل ذات أهداب اهتزازية . ويحتوى هذا الغشاء على غدد قنوية منفتحة على سطحه السائب وكثير من الاوعية الدموية واللفاوية والاعصاب . والسفلى تجويف عنق الرحم حرف (ت) شكل (١٥) ومبطن أيضا بغشاء مخاطى رقيق أخليته البشرية اسطوانية ذات أهداب اهتزازية وغدده عنقودية تفرز مادة غروية ثخينة كبياض البيض ثم تتراكم مدة الحمل وتكوّن سدادة سميكة غروية قوامها بين الصلابة والرخاوة تسد فتحة عنق الرحم وتخرج فى ابتداء المخاض على صورة سائل غروى . وقد تسد فتحات بعض هذه الغدد فيتراكم افرازها داخلها واذن تمدد وتكوّن حبوبا بارزة تسمى بيض نابوت . وهذان التجويفان منفصلان عن بعضهما بالفتحة الباطنة (أى العليا من عنق الرحم)

(أربطة الرحم) - الرحم محفوظ بامتدادين غشائيين عريضين يسميان الرباطين العريضين أحدهما فى الجهة اليمنى والآخر فى اليسرى وهما ناتجان من انعطاف واجتماع ورقتى البريتون وممتدان من الحافتين الجانبيتين للرحم الى الجهتين الجانبيتين لجدار الحوض وهما المشار اليهما فى شكل ١٥ بحرف لـ ويشتمل كل منهما على ما شتمل عليه الآخر . ولكل رباط منهما أربع حواف عليا وسفلى وجانبيتان . فالعليا لها ثلاث ثنيات مقدمة ووسطى وخلفية . فالمقدمة يوجد فيها الرباط المبروم للرحم حرف (إى) فرنسوى وشكله مستدير وهو ناشئ من الزاوية العليا للرحم أسفل اتصال البوق به ثم يتجه بانحراف من الخلف الى الامام مارّا بالقناة الاوربية الى أن يندغم فى العانة وفى الشفر العظيم للفرج . والوسطى فيها البوق حرف (د) من هذا الشكل وطرفه الوحشى سائب عريض مشرذم يسمى صيوان البوق حرف (ايه) فرنسوى بشكل ١٥ . وهو محفور بقناة ذات طرفين انسى ووحشى فالانسى يتصل بالزاوية العليا للرحم والوحشى سائب وهو المكون لتجويف صيوان البوق . والبوق اليسارى فى هذا الشكل مشقوق لرؤية باطن قناته . والخلفية للحافة العليا محتوية على المبيض حرف (ف) فرنسوى والمبيض اليسارى مشقوق لترى فى باطنه حويصلات جراف المشار لها بحرف (ف) . وللمبيض طرفان وحشى وانسى فالوحشى مرتبط به صيوان البوق بواسطة جزء

خيطى

خيطى على هيئة ميزاب مشار له بحرف (ح) والانسى ينشأ منه رباط ليفى نحرف (ج) يتجه نحو زاوية الرحم العليا المقابلة الى أن يندغم فيها أسفل وخلف اتصال البوق بالرحم بقليل . والحافة السفلى للرباط العريض موجودة على أرضية الحوض ومستمرة مع بريتون قاع تجويف الحوض . والحافتان الجانبيتان احداهما أنسية والاخرى وحشية فالانسية متصلة بورقتى الوجه المقدم والخلفى للرحم والوحشية متصلة ببريتون الجدار الجانبى للحوض . وبهذه الاتصالات ينقسم تجويف الحوض الى قسمين مقدم وخلفى فالمقدم توجد فيه المثانة والخلفى فيه المستقيم . ويوجد خلال ورقتى كل رباط من جهة الرحم نسيج خلوى وألياف عضلية ملساء مستمرة مع الالياف العضلية الرحمية تمر فيها الاوعية الدموية والمفاوية والاعصاب الرحمية وغيرها . وينشأ من الجهة الجانبية للوجه الخلفى من الرحم فى محاذاة اندغام جسمه بعنقه ألياف تتجه الى الخلف مارة بجانبى المستقيم ثم تندغم فى الوجه المقدم للعجز فى محاذاة اتصال فقرته الثالثة بالرابعة وبذلك تحد قعركيس دوجلا من جهته . وقد شرح بعضهم رباطا آخر مقدما للرحم يسمى الرباط الرحمى المثانى وهو ثنية بريتونية تحتها ألياف عضلية متفرقة .

((خواص الرحم)) ـ خواص الرحم أربعة الاحساس والانقباض والتمدد والمرونة . فخاصتا الاحساس والانقباض لاتظهران بوضوح الا فى آخر مدة الحمل وحينئذ تكونان ظاهرتين فسيولوجيتين وهما المعروفتان بالطلق فوجودهما علامة على الولادة . وخاصية التمدد تحقق بينما يأخذ الرحم حجما عظيما آخر مدة الحمل بدون ان يتمزق . وخاصية المرونة تحقق برجوع الرحم المتمدد الى حجمه الاول فى أقل من ستة أسابيع عقب الولادة .

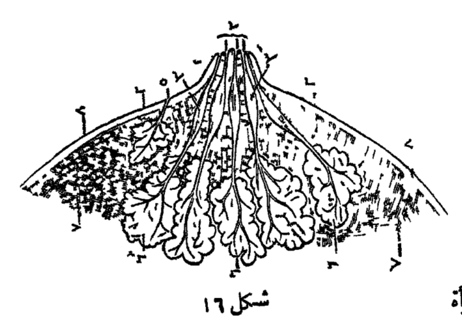
((فى البوق)) ـ البوق هو المشار له بحرف (د) من شكل (١٥) وهو قناة توصل تجويف الرحم بتجويف البريتون وتمر منها الحيوانات المنوية وتوصل البيضة الى تجويف الرحم . وطوله نحو (١٢) سنتمترا . وينقسم الى ثلاثة أقسام . انسى ضيق القطر داخل الرحم يصعب دخول شعرة الحلوف فيه . ومتوسط يسمى جسم البوق . ووحشى يسمى صيوان البوق شكله قمى قمته نحو القناة ودائرته سائبة فى تجويف البريتون وموشحة بشرابات حرف (اى) شكل (١٥) ثم ان احدى شراباته محفورة

كالميزاب ومرتبطة فى الطرف الوحشى برباط يسمى الرباط القنوى المبيضى المشار له بحرف (ح) من هذا الشكل أيضا . والمتوسط ينقسم أيضا الى قسمين انسى مستطيل اتساعه من ٣ الى ٤ ملليمتر ويسمى برزخ البوق . ووحشى يتسع تدريجيا كلما اتجه الى الوحشية حتى يصير اتساعه نحو ثمانية ملليمترات ثم يضيق حتى يصير اتساعه من ٣ الى ٤ ملليمتر . ويتركب البوق من ثلاثة أغشـية ظاهرى ومتوسط وباطنى . فالظاهرى مصلى بريتونى ينعطف داخل الصيوان الى أن يتصل بغشائه المخاطى . والمتوسط مركب من ألياف عضلية بعضها حلقى والآخر مستطيل . والباطنى مخاطى . مكون لثنيات مستطيلة ممتـدة من الصيوان الى تجويف الرحم ومغطى بشرة أخليتها اسطوانية موشحة بأهداب اهتزازية

﴿فى المبيض﴾ ـ المبيض هو العضو الاصلى للجهاز التناسلى للمرأة لانه تتكون فيه حويصلات جراف حرف (ف) شكل (١٥) وهذه الحويصلات تتكون فيها البويضات وشكله لوزى ومفـرطح من الامام والخلف . وطوله نحو ٤ سنتيمتر وعرضه نحو (٢) سنتى وسمكه نصف سنتيمتر . ويوجد مبيضان أحدهما يمين الرحم والآخر يساره كما فى الشكل المذكـور . وله وجهان وحافتان وطرفان . فالوجهان مقدم وخلفى . فالمقدم متجه قليلا الى أعلى ومجاور للامعاء . والخلفى متجه قليلا الى أسفل . والحافتان عليا وسفلى فالعليا محدبة قليلا والسفلى ملتصقة بورقتى الرباط العريض ومسـتقيمة الاتجاه تقـريبا وبها تمرّ الأوعيـة والاعصاب المبيضـية . والطرفان انسى ووحشى فالانسى مستدير ومرتبط بالرباط المبيضى المشار له بحرف (ج) شكل (١٥) . والوحشى مرتبط بصيوان البوق بواسطة الجزء الخيطى لاحد شراباته حرف (ح) من هذا الشكل . ثم ان وجهى المبيض يكونان أملسين قبـل البـلوغ ومن البلوغ فصاعدا الى سن اليأس يصير السطح المقدم العلوى خشنا غير منتظم بسبب أثر الالتحام التى تحصـل عقب انفجار حويصـلات جراف زمن كل حيض أما بعد سن اليأس فيصـير المبيض ضامرا . ويوجد دائما فى كل مبيض من البلوغ الى سن اليأس نحو (١٥) حويصـلة جرافية ترى بالنظر المجرد وهى المشار لها بحرف (ه) فى المبيض اليسارى شكل (١٥) ﴿تتميم للاعضاء التشريحية﴾ فى الثدى ـ الثدى عضو غددى معدّ لافراز لبن الرضاع ومشار له

بشكل

بشكل (١٦) وكائن فى الجهة المقدمة الجانبية للصدر فى مسافة ممتدة من الضلع الثالث الى السابع . ويختلف شكله باختلاف سن المرأة



شكل ١٦

وعادة يكون شكله كنصف كرة عند الشابة القوية البنية . وللثدى وجهان ودائرة فالوجهان ظاهر وباطن . فالظاهر محدّب أملس يوجد وسطه جزء بارز يسمى بالحلمة مشار لها برقم (١) من هذا الشكل ويحيط بها جزء حلقى يختلف لونه من السمار الخفيف الى الغامق يسمى هالة الثدى ومشار لها برقم (٢) تحتوى على غدد دهنية وعرقية واخرى ثديية صغيرة قناتها مشار لها برقم (٥) وفتحتها الظاهرة مشار لها برقم (٣) . وقد تكون تلك الغدد بارزة عن الثدى . وليس تحت جلد الهالة نسيج شحمى بل ألياف عضلية بانقباضها تتكون الثنيات الجلدية لها . وطول الحلمة من ١٠ الى ١٥ مليمترا وسمكها من ٨ الى ١٠ مليمترات وشكلها اسطوانى ولونها عادة وردى عند النساء البيض وسطحها موشح بحلمات واضحة تحت الجلد المغطى لها . ثم انها تشتمل على أطراف القنوات المخرجة للبن المشار لها برقم (٣) وتشتمل أيضا على أوعية وأعصاب . واما الوجه الباطن للثدى فهو مقعر ومغطى بصفاق من نسيج خلوى وموضوع على الوجه المقدم للعضلات الصدرية . وأما دائرة الثدى فهى مجاورة للانسجة المحيطة بها . (فى تركيب الثدى) ـ يتركب الثدى من عضو أصلى وهو الغدة الثديية المتكونة من عناقيد شبيهة بعناقيد الكرم المشار لها برقم ٦ وكل عنقود له قناة عمومية مشار لها برقم (٣) من الشكل المذكور . وعدد العناقيد من (١٢) الى (٢٠) عنقودا فى كل ثدى . وعند بعض النساء السمان يوجد جزء عظيم من النسيج الشحمى يحيط بغدة الثدى ومشار له برقم ٧ من الشكل المذكور

﴿فى الوظائف الفسيولوجية لأعضاء التناسل الباطنية﴾ - (الحيض) هو الدم الذى ينزل كل شهر من الرحم مدة ثلاثة أو أربعة أيام عادة وقد يمتد الى سبعة أو ثمانية أيام وابتداؤه من سن البلوغ الى سن اليأس الذى هو فى الغالب نحو خمس وخمسين سنة تقريبا . ويسبق نزول الدم سائل مخاطى وردى ثم يصير دما صرفا وبعد ذلك يبهت شيئا فشيأ الى أن ينقطع . ويقف نزوله زمن الحمل وفى أكثر مدة الرضاعة . وكمية الدم الخارج فى كل حيض من ١٠٠ الى ٥٠٠ جرام فاذا تجاوز ذلك يكون عند المرأة نزيف رحمى وقد لايحصل الحيض عند بعض النساء بل يعوض بنزيف أنفى أو شعبى أو معدى يخرج دمه بالقىء وقد يكون ذلك مع نزول الحيض . ثم ان دم الحيض يأتى من الاوعية الدموية السطحية للغشاء المخاطى الرحمى لانها تمتلئ فتتمزق فى هذا الزمن ويتكرر ذلك فى كل ثمانية وعشرين يوما من كل شهر قمرى فى الغالب وقد يكون كل ثلاثين يوما أو (٣٢) أو أقل من ذلك الى نحو (٢٥) أو (٢٤) يوما . وقد يسبق نزول الحيض ظواهر احتقانية عمومية أعراضها آلام قطنية وثقل فى البطن وازدياد فى حجم الثديين وتغير فى تقاطيع الوجه وأحيانا طفح هربسى على الشفتين وتغير فى الخلق فتصير المرأة حزينة أو متهيجة . وظهور الحيض أول مرة عند النساء يختلف باختلاف الأقاليم والبنية ففى البلاد المعتدلة يظهر فى سن ١٤ الى ١٥ سنة وفى البلاد الحارة فى سن ١٢ وفى البلاد الباردة فى سن ١٦ أو ١٦ ونصف وقد يتقدم عن ذلك أو يتأخر لاسباب أخرى منها الوراثة عن الاقارب ومنها التغذية والتربية والاقامة فى المدن الى غير ذلك . وكما أن ظهور العادة يختلف باختلاف الاقاليم كذلك يكون انقطاعها ففى فرنسا تنقطع فى سن ٤٠ الى ٤٥ سنة وفى الهند تنقطع فى ٣٠ سنة أو ٣٥ وفى البلاد الباردة تنقطع فى سن ٥٠ الى ٥٥ ومع ذلك فقد تختلف أيضا فى نفس الاقاليم تبعا لبنية المرأة . وقد يتأخر الحيض بسبب تأثير مرض أو برد أو خوف كما قد يتأخر اذا كانت المرأة عقيما مشتهية للولد . وحصول الحيض مرتبط بنمو حويصلات جراف وانفجارها وخروج البيضة حيث قد شوهد أثر التحام حديثة عند المرأة التى ماتت زمن ابتداء الحيض أو قبل حصوله بقليل وقديمة عند التى ماتت بعد انقطاعه بمدة وهذه الاثر الالتحامية

لاتوجد

لاتوجد فى جثة البنت التى ماتت قبل البلوغ ولا فى التى ماتت بعد سن اليأس بزمن طويل وان الحيض ينقطع بعد استئصال المبيضين . وقد يحصل العلوق بدون حيض كما يحصل الحيض بدون نمو فى احدى حويصلات جراف وبدون تكوّن بويضات وحينئذ فلا علاقة بين حصول الحيض ونمو حويصلات جراف وتكوّن البويضات كما أنه لاعلاقة بين نمو حويصلات جراف وتكوّن البويضات بالحيض والقائلون بعدم العلاقة بين ماذكر أسسوا رأيهم أوّلا على أنه لم ير على الدوام آثار تمزق الحويصلات عند النساء اللاتى قضين نحبهن فى مدة الطمث أو عند انتهائه . ثانيا على الاحوال النادرة التى فيها يحصل الحمل مع ان المرأة لم تحض أصلا . ثالثا على بعض مشاهدات حصل فيها الحيض منتظما عقب استئصال المبيضين . ولكن مع ماذكر من هذه المشاهدات لم نزل نقول ان الحيض هو نتيجة نمو حويصلات جراف وانفجارها ونمو البويضة وانفصالها وانه لايتأتى حصول الحيض بدون ذلك

﴿فى السائل المنوى﴾ — السائل المنوى مادة لزجة ثخينة ذات لون أبيض معتم رائحته كرائحة طلع النخل يحتوى على حيوانات شكل (١٧) كثيرة الحركة قد استكشفها (لوينهام) سنة ١٦٧٧ م ويتركب كل حيوان من خلية مستطيلة خيطية ذات طرفين ينتهى أحدهما بانتفاخ بيضاوى الشكل هو الرأس وقطرها نحو ٥ ملليمترات والطرف الآخر دقيق مستطيل هو الذنب طوله نحو ٤٥ ملليمترا ويتخلل الطرفين جزء رفيع طوله ٥ ملليمترات . ثم ان هذه الحيوانات توجد فى السائل

شكل (١٧)

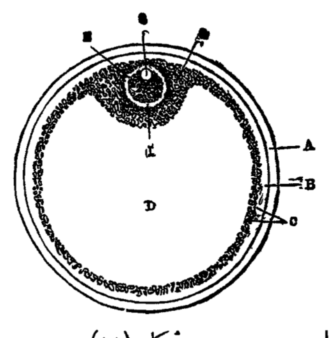
المنفرز من القنوات المنوية المكوّنة للخصية من سن البلوغ الى ٨٠ أو ٩٥ سنة . وتحفظ حيويتها وحركتها وقوة خصبها فى السوائل القلوية التى حرارتها تعادل حرارة الجسم أى ٣٧ درجة وذلك اذا لم يطرأ عليها ما يفقدها أو يضعف قوتها كأن يضاف الى السائل المنوى ماء بسيط أو حمض . والسائل المنوى لايشتمل على تلك الحيوانات اذا كان مفرزا من خصيتين مريضتين

﴿فى تلقيح البيضة﴾ — متى دخل السائل المنوى فى المهبل زحفت حيواناته الى

شكل (١٧) هذا الشكل يشير لحيوانات منوية

الرحم ومنه الى البوق ثم الى سطح المبيض ولقحت البيضة متى قابلتها ودخلت فيها ثم تفنى فاذن تمر البيضة فى البوق بواسطة الحركة الاهتزازية الناشئة عن الخلايا البشرية لغشاء قناته وبانقباض أليافه العضلية الى أن تصل الرحم ففيه تمكث وتكابد أطوارها المختلفة كما سيأتى . والمقابلة اما على نفس المبيض أو فى الطرف الوحشى للبوق فاذا لم تحصل المقابلة فى احدى هاتين النقطتين لا يحصل التلقيح لان البيضة اذا تجاوزت الطرف الوحشى أحيطت بمادة زلالية تعوق بل تمنع دخول الحيوانات المنوية فيها وبناء على ذلك يكون العقم لدى الرجل غالبا ولذا يلزم بحث منيه بالميكروسكوب مهما كان عنده من جودة الصحة وقوة البنية حتى لو سبق أنه أعقب لا يستدل بذلك على وجود الحيوانات المنوية وقتئذ

﴿فى وظائف المبيض وبيضة المرأة﴾ - وظيفة المبيض تكوين حويصلات جراف حرف (ف) من شكل ١٥ المتقدم وكل حويصلة جرافية تتركب كما فى شكل (١٨) . من غلاف خلوى ظاهر حرف (آ) مبطن بطبقة بشرية حرف (ب) داخلها طبقة مكونة من خلايا منضمة لبعضها ومكونة لغشاء محبب حرف (ث) يسمى الغشاء المحبب لبروز هذه الخلايا جهة الداخل أى الى باطن الحويصلة الذى هو تجويف ممتلئ بسائل يسمى سائل الحويصلة حرف (د) وفى جزء السطح الباطنى من هذا



شكل (١٨)

الغشاء المحبب جزء سميك يسمى قرص الغشاء المحبب حرف (ج) فيه جسم صغير قطره من (١) الى (٢) من مائة جزء من المليمتر هو البيضة حرف (إى) فكل حويصلة جرافية تحتوى على بويضة وقد تحتوى على أكثر . ومتى تم نمو البيضة كما فى شكل (١٩) . كانت مركبة من الغشاء الصفارى حرف (د) الذى يحتوى باطنه على مادة مالئة

(انظر شكل ١٩ مع شرحه فى صحيفة ٢٧)

شكل (١٨) هذا الشكل يشير لاحدى حويصلات جراف

لتجويفه تسمى المح أو الصفار وهى مادة (بروتو بلاسمية) حرف (ث) ويوجد فى جزء من هذه المادة خلية تسمى الحويصلة الجرثومية حرف (ب) تشتمل على نقطة لماعة تسمى البقعة الجرثومية حرف (آ) . ثم ان الغلاف الظاهرى للحويصلة كثير الاوعية الدموية قليلها نحو المركز وفى كل حيض تنمو حويصلة شيأ فشيأ حتى يعظم حجمها فتبرز على سطح المبيض لزيادة كمية السائل الموجودة فى باطن الغلاف المحبب لها ثم تنتهى غلافات تلك الحويصلة بالتمزق واذن يخرج السائل الى سطح المبيض مصطحبا بالبيضة مع الجزء الملتصق بها من الغشاء المحبب المكون للقرص فيلتقطها صيوان البوق . وهذه هى ظاهرة البيض فاذا لم تلقح البيضة زالت بالذوبان والامتصاص أثناء مرورها من المبيض الى الرحم أما اذا لقحت فتكابد من ذلك الوقت استحالات عديدة

A
B
C
D

شكل (١٩)

﴿ فى استحالة البيضة الملقحة والتكوين الجنينى ﴾ - دلت التجارب على أن البيضة بعد تلقيحها فى الصيوان تفقد حويصلتها وبقعتها الجرثوميتين كما هو واضح فى البيضة المشار لها بحرف (آ) من شكل (٢٠) . ثم بعد دخولها فى قناة البوق يبتدئ تجزؤها (أى الصفار) كما هو واضح فى البيضة المشار لها بحرف (ب) وعند وصولها الى الرحم يظهر فى باطن غشاء الصفار غشاء آخر جديد يسمى بالبلاستودرم (أى الغشاء الجرثومى) الذى نشأ من انضمام متحصل تجزئة الصفار

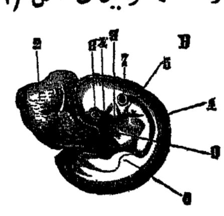
شكل (٢٠)

شكل (١٩) هذا الشكل يشير لبيضة امرأة تامة النمو غير ملقحة

شكل (٢٠) يشير لاستحالة بيضة المرأة الملقحة من زمن دخولها صيوان البوق الى زمن تثبتها فى الرحم فالبيضة المشار لها بحرف (آ) تشير للاستحالة الاولى (أى زوال الحويصلة والبقعة الجرثوميتين . والبيضة المشار لها بحرف (ب) تشير للاستحالة الثانية (أى تجزئة الصفار) . والبيضة المشار لها بحرف (ث) تشير للاستحالة الثالثة (أى تراكم متحصل تجزئة الصفار لتكوين الغشاء البلاستودرمى) . والبيضة المشار لها بحرف (د) تشير للاستحالة الرابعة (أى ظهور البقعة العلقية والوبر السلائى) أى الخمل السلائى

كما هو واضح فى البيضة المشار لها بحرف (ث) وبعد ذلك بقليل أى بعد أن تنثبت بوبرها السلائى فى بطين ثنية من الغشاء المخاطى الرحمى المتضخم (الساقط) يظهر على جزء من غشائها البلاستودرمى بقعة تسمى البقعة المضغية أى بقعة الكائن الجديد أى العلقة كما هو مبين فى البيضة المشار لها بحرف (د) من شكل (٢٠) المذكور . فالوصول الى الاستحالة الاخيرة يحتاج لزمن من ١٥ الى ٢٠ يوما وبعد ذلك يصير الكائن واضحا كما هو مبين فى شكل (٢١)





شكل (٢١)

(فى أغشية متحصل العلوق والمشيمة والحبل السرى) – متحصل العلوق منفصل عن سطح تجويف الرحم مدة مكثه فيه بثلاثة أغشية وهى الغشاء الساقط والسلى والامنيوسى . فالغشاآن الاخيران يكونان كيسا مغلقا فيه السائل الامنيوسى السابح فيه متحصل العلوق وهذا السائل معدّ لحفظه من الصدمات والارتجاجات والانقباضات الرحمية والبطنية مدة الحمل ويسهل انزلاقه وقت الولادة بتنديته للقناة التى يمرّ منها ويسهل أيضا تمدد عنق الرحم . وأما الغشاء الساقط فليس غشاء جديد التكوين بل هو نفس الغشاء المخاطى الرحمى الذى صار ضخما بفعل التلقيح وفى احدى ثنياته تنثبت البيضة الملقحة بخملها السلائى فى جزئه الموجود بين الغشاء السلائى وجدور الرحم فهذا الجزء يسمى بالغشاء الساقط ثم ان الغشاء المذكور يأخذ فى الضمور من الشهر الرابع للحمل حتى تأتى الولادة فلا يكون

شكل (٢١) يشير لكائن داخل غلافاته (نسميه ملقحة) عمره ثلاثة أسابيع . فرسم (آ) يشير لهذا الكائن فى حجمه الطبيعى داخل كيسه ورسم (ب) يشير الى ماأشار اليه رسم (آ) معظم الحجم ورقم (١) يشير للغشاء الامنيوسى ورقم (٢) يشير للحويصلة السرية ورقم (٣) يشير لاول قوس بلعومى ورقم (٤) يشير لازرار الفك العلوى فى هذا القوس ورقم (٥) يشير للقوس الثانى البلعوى ويشاهد خلفه قوسان صغيران ورقم (٦) يشير لابتداء الاطراف المقدمة ورقم (٧) يشير للحويصلة السجقية ورقم (٨) يشير للعين ورقم (٩) يشير للقلب . ولتمام التكوين الخلق يلزم زمن من (٢٥٠) الى (٢٥٥) يوما

له أثر أو يكون عبارة عن نسيج رفيع ذى عيون رقيقة جدّا وكلما ضمر الغشاء الساقط تكوّن على السطح الباطنى للرحم غشاء مخاطى آخر . والغشاء المسمى بالسلى هو غشاء الصفار المبطن بالسطح الظاهر للوريقة الظاهرة من غشاء متحصل العلوق المسمى بالبلاستودرم ويكون أملس فى الابتداء ثم فى الاسبوع الثالث من التلقيح يغطى من الظاهر بخمل أغلبه يضمر مع الغشاء الساقط المنثنى والباقى منه ينمو نموّا عظيما فيكوّن المشيمة التى تكون واضحة فى الاسبوع السادس . والغلاف الامنيوسى عبارة عن الطبقة الباطنة من الوريقة الظاهرة للغشاء البلاستودرمى التى تكون منفصلة من السطح الباطن للسلى فى الاسابيع الاول بكمية من سائل زلالى ثم بعد ذلك يمتص وحينئذ يلتصق بالسلى بواسطة نسيج خلوى رقيق جدّا كما هو واضح فى شكل (٢٢) . فالمضغة لا تكون مثبتة فى الرحم الا بالحبل السرى والمشيمة المشار لهما بشكلى (٢٣) و (٢٤) . فالمشيمة عبارة عن قرص مستدير خلوى وعائى فيها يتحيون دم المضغة أى انها عضو تحيونها وتغذيتها فانه لا يوجد فى النسيج الخلوى الموجود بين الرحم والمشيمة فتحات بها تتصل أوعية المضغة بأوعية الام لأن الشبكة الوعائية للمضغة ملتصقة فقط بالشبكة الوعائية للام وبذلك لا يختلط دم الام بدم المضغة



شكل ٢٢

فدم المضغة يتحيون بواسطة اندسموزغازى . وتندغم المشيمة فى أكثر الاحوال فى قاع

(انظر شكل ٢٣ و ٢٤ مع شرحهما فى صحيفة ٣٠)

شكل (٢٢) يشير لمضغة تامة التكوين فى الشهر الرابع فى ثلث حجمها الطبيعى وغلافاتها مفتوحة لرؤية أغشيتها الثلاثة ومجاوراتها فرقم (١) يشير للغشاء الساقط الطبيعى ورقم (٢) يشير للغشاء الساقط المنعطف ورقم (٣) يشير للتجويف الرحمى ممتلئا بالسائل الزلالى الخيطى ورقم (٤) يشير للغشاء السلائى مجاورا للغشاء الساقط المنعطف والذى خمله ضمر ورقم (٥) يشير للسطح الباطن للغشاء السلائى املس منفصلا من الغشاء الامنيوسى بمسافة ممتلئة بسائل ورقم (٦) يشير لكيس الامنيوس محتويا على الماء الحقيقى والمضغة ورقم (٧) يشير للمشيمة المضغية مكونة من خمل السلى المحتقى الضخم



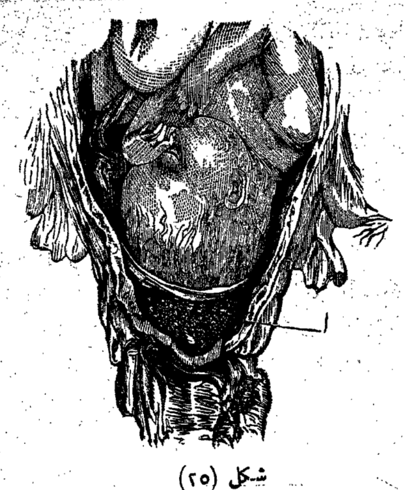
شكل (٢٣)

شكل (٢٤)

الرحم قريبا من فتحة البوق وقد تندغم فى الجزء السفلى منه كما فى شكل (٢٥) . وفى الحمل المتضاعف يوجد عادة أكياس ومشيمات بعدد المضغ الموجودة فنى وجد جنينان كان لهما مشيمتان كما هو واضح فى شكل (٢٦) . وأحيانا تتداخل المشيمتان فى بعضهما فى الحمل التوأمى بحيث يظهر انهما منضمتان انضماما متينا لكن دورة كل منهما قائمة بنفسها كما هو واضح فى الشكل المذكور . ففى الحمل التوأمى لايوجد الاغشاء (انظر شكل ٢٥ و٢٦ مع شرحهما فى صحيفة ٣١)

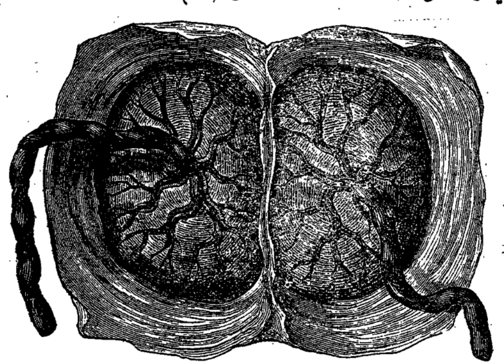
شكل (٢٣) يشير الى مشيمة منظورة من سطحها الباطن وحبلها السرى معقود

شكل (٢٤) يشير الى مشيمة منظورة من سطحها الظاهر وحبلها السرى معقود أيضا



شكل (٢٥)

ساقط حقيق ويوجد غشاء سلائى اذا كان التوأمان آتيين من بيضة ذات جرثومتين وغشاآن سلائيان متميزان اذا أتى التوأمان من بيضتين مختلفتين . وعلى كل حال يوجد غشاآن أمنيوسيان لان هذا الغشاء متولد من العلقة نفسها لانه استطالة من جلد بطنها و بما أنه توجد علقتان فيكون لكل واحدة أمنيوس . ثم ان المشيمة تتولد من الحويصلة السجقية وحيث ان لكل مضغة حويصلة سجقية خاصة بها فيكون لكل مضغة مشيمة أيضا فاذا وجدت مضغة ثالثة تكون



شكل (٢٦)

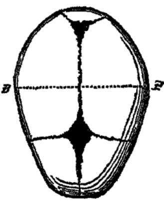
شكل (٢٥) يشير لمشيمة مندغمة فى الجزء العلوى من عنق الرحم

شكل (٢٦) هذا الشكل يشير لمشيمتين متجاورتين ومتعلقاتهما

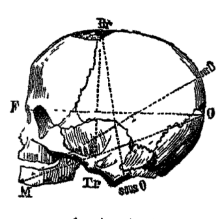
اثنتان آتيتين من بيضة ذات جرثومتين واذن لايكون لهما الاغشاء سلائى واحد لكن يوجد ثلاثة أمنيوسات وثلاث مشيمات ويندر اختلاط الاغشية السلائية والمشيمات فى تضاعف المضغ . والحبل السرّى مكون من عمد ظاهرى هو جزء من الغشاء الامنيوسى وثلاثة أوعية أحدها وريد والاثنان شريانيان وتسمى جميعها بالاوعية السرية وكل منها محاط بمادة غروية هلامية تسمى هلام (ورت) والحبل السرى ملفوف على نفسه عادة من اليسار الى اليمين

(فى أقطار وهيئة الجنين التام التكوين) — اذا تم تكوين الجنين كان طوله تقريبا من العقب الى قة الجمجمة ٥٢ سنتيمترا ورأسه يكون أعظم حجما لاطرفه المقعدى فانه ينقص بالضغط عليه جملة سنتيمترات بخلاف الجمجمة فان غاية نقصها بالضغط سنتيمتر . وأقطار رأس الجنين التام هى كالمشار لها فى شكلى (٢٧) و (٢٨)

فشكل (٢٧) يشير الى رأس جنين منظورة بقمتها لرؤية قطرها المستعرض المشار له بخط ممتد من حرف (ب) الى حرف (پ) وهو الجدارى الجدارى



شكل (٢٧)



شكل (٢٨)

وشكل (٢٨) يشير الى رأس جنين منظورة من جانبها لرؤية الاقطار الاخرى . فالقطر فوق المؤخرى الذقنى الممتد من حرف (أوسو) الى حرف (م) طوله (١٣) سنتيمترا ونصف . وفى المؤخرى الجبهى الممتد من حرف (أو) الى حرف (ف) (١٢) سنتيمترا . وفى القطر تحت المؤخرى القمى الممتد من (إس أو) الى (ب) (٩) سنتيمتر ونصف . وفى القطر القصبى القمى الممتد من (ت ب) الى (ب) (٩) سنتيمترات . وفى القطر المستعرض أى الجدارى الجدارى الممتد من (ب) الى (پ) من شكل (٢٧) طوله (٩) سنتيمترات كذلك . وفى القطر الجبهى الذقنى الممتد من (م) الى (ف) (٨) سنتيمترات . ولمقابلة تلك الاقطار باقطار نقط المضيق العلوى لحوض المرأة يلزم معرفة اتجاه التدريز العظيم للجمجمة ووضع اليافوخ المقدم

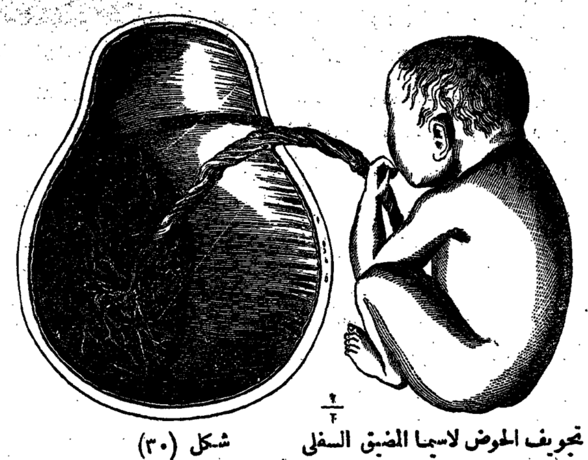
والخلفى

والحلقي . فالتدرز العظيم يتغير شكله متى دخلت الرأس فى المضيق فعوضا من أن يبقى على هيئة شق غشائي يستحيل الى بروز عظمى لان حافة أحد العظمين الجداريين تعلو الاخرى بالضغط الواقع على الرأس من المضيق المذكور . وأما اليافوخ المقدم فلا يتغير شكله بهذا الضغط انما تنقص سعته قليلا بخلاف الحلقي المثلث الشكل فانه ينمحى بهذا الضغط و يؤل الى انبعاج عظمى لان الزاوية العليا للمؤخر تدخل تحت الزاوية الخلفية العليا للجدارين . ويعرف بوجود التدرزين المؤخرين الجداريين المتجهين الى الاسفل والوحشية وليسا متقاطعين بتدارز أخرى كما فى اليافوخ المقدم ولذا لايلتبسان ببعضهما وأحيانا يجد الاصبع مسافات لم تتعظم فتبقى غشائية لكن لاتلتبس باليوافيخ لعدم وجود تدارز متصلة بها وأحيانا تبقى جميع عظام الجمجمة بدون تعظم فيسمع بالضغط عليها بالاصبع فرقعة غشائية لاتلتبس بالفرقعة التى تسمع تحت الاصبع من المشيمة المندغمة على عنق الرحم . ووجود اليوافيخ والتدارز يسمح بتناقص حجم الجمجمة بالضغط عليها ولكن هذا التناقص لايكون عظيما لان الاغشية التى بين العظام غير قابلة للتمدد فلا تسمح لتركب العظام على بعضها الا بقدر ثلاثة الى أربعة ملليمترات فى جميع جهاتها . وأعظم صغر للجمجمة يحصل من اعتدال عظام قبوتها فيصير على هيئة قمع السكر وفى هذه الحالة ينقص القطر المقدم الخلفي أى المؤخر الجبهى نصف سنتيمتر والقطر المستعرض أى الجدارى الجدارى سنتيمترا بخلاف القطر المؤخر الذقنى فانه ينقص من سنتيمتر ونصف الى ٢ سنتيمتر . ومن المحقق ان رأس الذكر أكبر حجما من رأس الانثى . ويلى الرأس فى عظم الحجم الجزء العلوى للجذع وقطره المستعرض الممتد من النتو الاخرمى الى الآخر يكون من ١١ الى ١٢ سنتيمترا وهذا القطر ينقص بالضغط الشديد الى ٩ سنتيمترات ونصف وحينئذ ينخفض الكتفان و يتجهان الى الامام أو الخلف . ثم يلى الجزء العلوى للجذع فى الغلظ المقعدة فقطرها ١١ سنتيمترا ويصير بالضغط تسعة سنتيمترات

(كيفية وضع الجنين فى الرحم) — جذع الجنين فى الرحم يكون منحنيا الى الامام ورأسه منثنية الى صدره وذراعاه موضوعين على جانبي صدره وساعداه

منثنيين ومتصالبين أمام القص ويداه موضوعتين على جانبي الذقن والفخذان منثنيين على البطن والساقان منثنيين على الفخذين والقدمان منثنيين على الجهة المقدمة للساقين والعقبان متصالبين ومتقاربين من الاليتين كما فى شكلى (٢٩) و (٣٠) ومتى كان الجنين متكورا بهذه الكيفية يكون شكله بيضاويا وقطره الاعظم من (٢٨) الى (٣٠) سنتيمترا وطرفه الغليظ هو الرأس وطرفه الصغير هو المقعدة . فالمجيء بالقمة هو الاكثر حصولا فانه يوجد فى (٢١) مولودا واحد فقط آت بغير القمة . ولتناسب أقطار رأس الجنين مع أقطار المضيق العلوى والحوض والمضيق السفلى تتم الولادة الذاتية . فالجنين التام التكوين لا يمكنه أن يمر من فتحة الحوض الا بجيئه الى المضيق العلوى برأسه أو بمقعدته . وبما أن القطر المؤخرى الذقنى غير موازٍ لاقطار

شكل (٢٩)



تجويف الحوض لاسيما المضيق السفلى شكل (٣٠)

فشكل (٢٩) يشير لوضع الجنين فى الرحم

وشكل (٣٠) يشير لاندغام المشيمة فى الرحم واتصال الحبل السرى بها وبالجنين

يلزم

يلزم خروج المؤخرى دائما قبل الذقن والرأس منثنية انثناء تاما أو الذقن قبله والرأس منبسطة انبساطا كليا وبذلك يصير أصغر أقطار رأسه وهو تحت المؤخر القمى أو القصبى القمى موازيا لاقطار المضيق السفلى . والمفصل المؤخرى الحاملى لايسمح عند الشبان الا بحركات انثناء وانبساط محدودة جدا ويكون رخوا عند حديثى الولادة بحيث يسمح لهاتين الحركتين باتساع كاف حتى فى حالة الانثناء ينبعج القص من الذقن . وفى الانبساط يلامس القفا الظهر . وأما حركات الانحناء الجانبى للرأس فهى سهلة جدا وحركاتها الاستدارية عظيمة بحيث يمكن أن تكون نصف دائرة تقريبا بدون أن يحصل تمزق فى الاربطة المفصلية ولا انضغاط محسوس فى النخاع

(المقالة الثانية فى الحمل)

الحمل هو حالة مخصوصة تتصف بها المرأة من وقت العلوق الى وقت خروج متحصله . وينقسم الى حمل طبيعى (أى داخل الرحم) وغير طبيعى (أى خارج الرحم) وهذا الاخير يسمى باسم المكان الذى أخذت فيه البيضة مسكنا فيقال حمل بطنى اذا كان فى البطن أومبيضى اذا كان على المبيض أو بوقى اذا كان فى البوق أوخلالى اذا كان فى جزء البوق الداخل فى الرحم . ومع ذلك فالحمل سواء كان داخل الرحم أو خارجه يكون بسيطا أو مركبا أو مضاعفا . فيكون بسيطا اذا لم يوجد الا جنين واحد . ومركبا اذا وجد أكثر من واحد . ومضاعفا اذا وجد مع الجنين أوالاجنة شئ آخر متكون تكونا عارضيا كتكون كيس مائى أو ديدانى أو ورم أو وجود حالة مرضية أخرى موضعية كانت أو عمومية . ويقال حمل كاذب اذا وجد شئ فى الرحم أو البطن ليس بجنين مثل تكون شحمى أولحمى أو ليفى أو غازى أو اضطراب عصبى فتتوهم المرأة أنها حامل وليس كذلك

﴿ فى علامات الحمل الطبيعى البسيط ﴾ - يعرف الحمل الطبيعى البسيط بعلامات عديدة تخمينية وحقيقية . فمن الاولى الظواهر التى تشاهد فى الشهر الاول وهى انتفاخ الثديين مع نخس مؤلم فيهما وألم فى الاسنان بدون تسوس واضمحلال الوجه وتلونه بلون مخضر واحاطة الاعين بلون غامق والغثيان والتلعب والبصاق وميل غير طبيعى للنوم والمأكولات . وفى الشهر الثانى تنقطع العادة ويحصل قئ

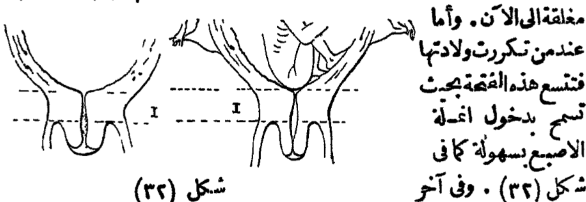
مائى أو مخاطى أو صفراوى فى الصباح وقت القيام من النوم ويتفرطح القسم الخثلى وتتبعج السرة بسبب انخفاض الرحم وعظم حجمه وأيضا يعتدل عنق الرحم فيسهل الوصول اليه بالاصبع وتلين الطبقة الظاهرة لبوز القنومة كما فى شكل (٣١) . ويحصل فى الشهر الثانى أيضا

شكل (٣١)

كراهة للاغذية التى كانت مألوفة قبل ذلك وفقد فى الشهية وتغير فى الاخلاق وأحيانا اضطراب فى الوظائف العقلية . وفى الشهر الثالث تدوم العلامات السابقة ويصير الرحم غير متحرك مائلا للحوض . ويزداد سمك عنق الرحم الذى يكون مخروطيا عند من لم تلد فيصير اسطوانيا تقريبا ويتسع عند اللاتى ولدن مرارا مع بقائه اسطوانيا . ويحصل لين واضح فى بوز القنومة عند بكريات الولادة كاللاتى ولدن كثيرا بحيث يعطى للاصبع احساسا كالاحساس الناشئ عن ملامسة جسم صلب أملس مغطى بجوخ سميك . وأخيرا يحصل اتساع قليل فى الفوهة الظاهرة وتأخذ شكلا بيضاويا بعد أن كانت ذات شكل مستعرض خطى عند بكريات الولادة مع بقائها مغلقة وهذه الفوهة التى تكون مستديرة عند من تكررت ولادتها تنفتح الى أن تصل الى درجة بها تقبل دخول لب الاصبع . وفى آخر هذا الشهر اذا كانت جدر بطن المرأة نحيفة أو كثيرة المرونة يمكن أن يحس بقاع الرحم فوق العانة بواسطة الجس البطنى مع بقاء العنق الى أسفل . وفى الشهر الرابع يزداد حجم الحلمتين وتنتفخ الهالتان الثديتان وتتلون الحلمتان والهالتان باللون الاسمر المسمى بالكاف ثم يظهر على هالة الثدى اثنتا عشرة أو عشرون درنة بارزة يخرج منها بالضغط عليها سائل مصلى لبنى وهذه البروزات تسمى بالدرنات الحلمية للطبيب (منتجومرى) وفى هذا الشهر يرتفع الرحم أعلى المضيق العلوى ليسكن فى البطن الى زمن الولادة وفى هذا الزمن يتعسر الوصول الى العنق الذى كان فى الشهر

شكل (٣١) يشير لرؤية أحوال عنق الرحم وفتحته الظاهرة بالنسبة لمن ولدت ومن لم تلد فى الشهر الثانى والثالث حرف (أ) يشير لعنق رحم من لم تلد و (ب) يشير لعنق رحم من ولدت و (أُ) يشير للفتحة الظاهرة لعنق رحم من لم تلد و (أً) يشير للفتحة الظاهرة لعنق رحم من ولدت

الثالث أسفل العانة لانه فى الشهر الرابع يصير الى أعلى والخلف واليسار . وفى آن واحـد يلين بوز القنومـة بحيث يعطى احساسا باللمس كاحساس بغشاء مخاطى أوزعـاوى وتحصل استدارة تامة فى الفتحة الظاهرة لعنق رحم من لم تلد التى لم تزل مغلقة الى الآن . وأما عند من تكررت ولادتها فتتسع هذه الفتحة بحيث تسمح بدخول انملة الاصبع بسهولة كما فى شكل (٣٢) . وفى آخر



شكل (٣٢)

الشهر الرابع يصير قاع الرحم أعلى العانة بعرض أربعة أصابع . وفى النصف الاول من الشـهر الخامس تشاهـد نفس العـلامات السابقة لكنها تكون أكثر وضوحا . وفى النصف الاخير منه تظهر العـلامات الحقيقيـة وهى أولا ظهور الحركة القسرية للجنين . ثانيا الحركات الذاتية له . ثالثا لغط أو ضربات قلبه . ومتى اتضحت هذه العلامات الاخيرة فلا يشك فى وجود الحمل الحقيقى . وفى آخر هذا الشهر يكون قاع الرحم تحت السرة بعرض أصبع . والثلث السفلى للعنق يلين عنـد بكريات الولادة الا أنه يكون مسدودا وعند من سبقت ولادتها يكون مفتـوحا بحيث يمكن ادخال بعض أنمـلة السبابة فيه كما فى شكل (٣٣) وفى الشهر السادس توجد نفس هذه العلامات

شكل (٣٣)

ويزاد عليها ظهور نقط سوداء فى الهالة الثدييـة والخط الابيض البطنى وظهور الكلف فى الوجـه وتحسـين تقاطيعه وتحسـين الوظائف الهضمية وازدياد الشهية والسمن وجودة صحة الحامل . وفى آخر هذا الشهر يرتفع قاع الرحم أعلى السرة مقدار (١) سنتيمتر . ويكون العنق رخوا لينا فى جميع نصفه السفلى منفتحا عند من سبقت

شكل (٣٢) يشير لعنق رحم من لم تلد ولعنق رحم من تكررت ولادتها فى الشهر الرابع
شكل (٣٣) يشير لعنق رحم من لم تلد ومن تكررت ولادتها فى آخر الشهر الخامس

ولادتها بحيث يقبل سلامي السبابة ومغلقا دائما عند من لم تلد لكن قد يقبل بعض أنملة الإصبع كما في شكل (٣٤)

• وفى الشهر السابع تشاهد العلامات التى ذكرت فى السادس ويزيد عليها ظهور خطوط عديدة على جلد البطن أعلى الاوربيتين ناجمة عن

I

شكل (٣٤)

تشقق فى البشرة . ويكون اللون الاسمر أكثر وضوحا على الخط المتوسط البطنى وتتسع الهالة الثديية . وقد تشاهد خطوط كالسابقة على الثديين اذا كانا عظيمى الجم . وفى آخر هذا الشهر يتجاوز قاع الرحم أعلى السرة بعرض أربعة أصابع ويميل الى اليمين والامام عكس اتجاه العنق الذى اذا أمكن الوصول الى جسه يشاهد انه رخو فى ثلثيه السفليين . وعندمن تكررت ولادتها يكون مفتوحا بحيث يقبل السلامى الاخيرة السبابة . وأماعند من لم تلد فيعسر دخول أنملة الاصبع فيه كماهو واضح فى شكل (٣٥)

• وفى الشهر الثامن من الحمل تشاهد علامات الشهر السابع ونزول قمة الجنين ويقل

I

شكل (٣٥)

ماء الامنيوس بالنسبة لحجم الجنين بحيث يعسر تحركه فيه . وفى آخر هذا الشهر يكون قاع الرحم أعلى السرة بعرض خمسة أصابع ويكون العنق رخوا فى ثلاثة أرباعه وفتحته الظاهرة عند من تكررت ولادتها تسمح بدخول الاصبع حتى يصل الى فتحته الباطنة التى تكون قد انفتحت من نفسها قليلا كما هو مشارله بحرف (ا) من شكل (٣٦) وأما عند من لم تلد فتكون فتحته الظاهرة مفتوحة أيضا (انظرشكل (٣٦) مع شرحه فى صحيفة ٣٩)

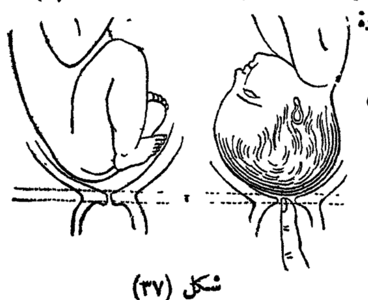
شكل (٣٤) يشير لعنق رحم من لم تلد ومن تكررت ولادتها فى آخر الشهر السادس
شكل (٣٥) يشير لعنق رحم من لم تلد ومن سبقت ولادتها فى آخر الشهر السابع

وتسمح

وتسمح بدخول الاصبع ووصوله الى الفتحة الباطنة التي تكون مغلقة هنا كما هو مشار له بحرف (ب) من شكل (٣٦) المذكور . وفي ثلثي الشهر التاسع تكون الحالة كما في الشهر الثامن الا ان قاع الرحم يصل الى أن يشغل جميع القسم الشراسيفي ويكون العنق رخوا حافظا طوله ومفتوحا عند من ولدت كمن لم تلد فاذا جس من الظاهر لايحس برخاوته التي بها يشتبه

شكل (٣٦)

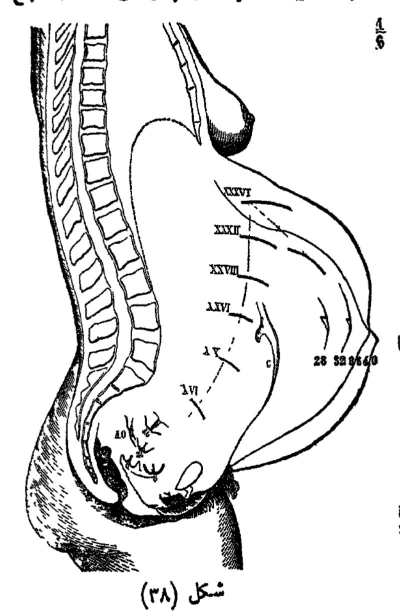
بجدار المهبل ولكن اذا أمكن ادخال طرف الاصبع داخل العنق (وان كان ذلك صعبا بسبب انقلاب الجزء السفلي من الرحم الى الخلف والاعلى) يحس جيدا بأنه لم يزل حافظا لطوله . وفي الثلث الاخير لهذا الشهر تسقط البطن وحينئذ يبتدئ انمحاء العنق من أسفل الى أعلى لامن أعلى الى أسفل وتكون قاعدة عنق الرحم متيبسة عند من لم تلد وتحفظ هذا التيبس الى آلام الولادة بخلاف من تكررت ولادتها فتكون قاعدة العنق رخوة بالكلية . وبالجس بالاصبع توجد الفتحة الباطنة رقيقة جدا متمددة قليلا عند من لم تلد كما هو مشار له بحرف (ا) من شكل (٣٧) وتكون متمددة كثيرا عند من تكررت ولادتها كما هو مشار له بحرف (ب) من هذا الشكل . ومتى سقطت البطن بسبب دخول رأس الجنين في المضيق العلوي موضعة بالجزء السفلي من الرحم



شكل (٣٧)

شكل (٣٦) يشير لعنق رحم من لم تلد ومن تكررت ولادتها في آخر الشهر الثامن
شكل (٣٧) يشير لعنق رحم من لم تلد ومن تكررت ولادتها في آخر الشهر التاسع

أحست المرأة براحة فى التنفس ويشكرر لديها طلب التبوّل معحوبا بآلام فى القطن وتعب فى المشى . فانضمام هذه الاعراض ونزول المادة الزجة من أعضاء التناسل يدل عادة على قرب الولادة . وبالجملة يبتدئ تغير شكل البطن من الشهر الرابع ويستمر الى التاسع كما يستفاد من شكل (٣٨) . وجميع ماذكرناه علامات للحمل على حسب التعاقب المعتاد . والآن نتكلم على كل واحدة بانفرادها لمعرفة أهميتها . أما انتفاخ الثديين وألمهما وألم الاسنان بدون تسوس وذبول الوجه واحاطة العينين بهالة غامقة وحصول التهوع والبصاق والتعب والميل غير المعتاد للنوم والفتور



شكل (٣٨)

شكل (٣٨) يشير الى ارتفاع عنق الرحم وقاعه وشكل الجدر المقدمة للبطن فى الازمنة المختلفة من الحمل فرقم (٨) يشير لمجلس عنق الرحم الفارغ (أى قبل الحمل) ورقم (٢٤) و (٤٠) يشير لمجلس عنق الرحم عقب العلوق من ابتداء ٢٠ جمعة الى ٣٠ جمعة و (١٦) و (٢٠) و (٢٦) و (٢٨) و (٣٢) و (٣٦) تشير لقاع الرحم من ابتداء (١٦) الى (٣٢) جمعة والخط غير المثمر الموجود فى محاذاة وأمام خط (٣٢) يشير الى المحل الذى وصل اليه قاع الرحم ساعة الولادة ورقم (٥) يشير للجدر المقدمة للبطن حالة الفراغ ورقم (٢٨) و (٣٢) و (٣٦) و (٤٠) يشير للجدر المقدمة للبطن فى زمن الجمع الموافقة لهذه الاعداد من الحمل

فان

فان لها نوع أهمية فني وجدت كانت علامات تخمينية على وجود الحمل غالباً خصوصاً اذا انقطع الحيض وتكرر القيء يومياً بدون مرض يوجبه ووجدت شهية غير عادية لا كل الاشياء غير المألوفة ووجد تغير في الاخلاق وفي قوة الفهم وتغير هالة وحلمة الثدي مع ازدياد في حجم الرحم وحصول لين خفيف في سطح بوز القنومة وتغير في شكلها واتساع في فوهتها (وقد قال منتجومرى) ان تغيرات الثدي علامة أكيدة عند بكرية الولادة فقط لا من سبقت ولادتها لأن هذه التغيرات متى ظهرت في الحمل الاول لا تزول بعده . وأما الصدمة الجنينية فيستدل بها ظناً على وجود الحمل اذا وجدت مع تلك العلامات السابقة . أما الأدلة المؤكدة لوجوده فهي الحركة الذاتية للجنين ولغط قلبه وهاتان العلامتان لا توجدان الا في انتهاء الشهر الخامس من وقت العلوق وفي هذا الزمن توجد غالباً هزة الجنين لكنها ليست دائماً سهلة الادراك في الجزء السفلي للرحم لانه يعسر في هذا الزمن وصول الاصبع الى الجزء السفلي المذكور من المهبل أولأن صدمة الرجوع تكون خفيفة أو معدومة اذا كان مجيء الجنين بالمقعدة أو بالجذع وهذه الهزة تنشأ عن دفع المولد جزء الجنين دفعة فجائية بيده مع بقاء اليد في موضعها برهة من الزمن فيعود الجنين ثانياً فيصدم اليد وقد يمكن ادراك هزة الجنين من الظاهر ولاجل ذلك توضع المرأة على جنبها ثم توضع احدى اليدين فوق بطنها والاخرى أسفلها ثم يفعل المولد بيده السفلى صدمة يقصد بها ارتفاع البطن فاذا كان الجنين سابحاً في كثير من الماء زاغ ثم عاد فتحس اليد حينئذ بصدمة الرجوع وهذا شبيه باناء فيه ماء موضوع فيه قطعة من الثلج فانها تكون سابحة فيه فلو دفعت بالاصبع غاصت الى قاعه ثم تعود فلو بقي الاصبع على ما كان عليه بعد دفعه اياها صعدت من القاع فتصدمه فذلك الذي ذكرناه هو المعروف بالهزة وسبب عدم ادراك الهزة قبل تمام ذلك الزمن كون الجنين صغيراً جداً قليل الثقل فلا يحس الاصبع بسقوطه وقد لا تدرك أيضاً بعد مضي الشهر السابع وذلك لكون الجنين صار غير متحرك تقريباً . أما الحركات الذاتية للجنين فهي أكثر أهمية من الهزة وعند ادراك المرأة هذه الحركات لا تشك في وجود الحمل لكن يحتمل أنها قد تغش فعلى الطبيب حينئذ أن يدرك بنفسه هذه الحركات ولأجل ذلك يكفي وضع يديه على بطن المرأة برهة من الزمن ويحرض عضو الولادة باحدى أصابعه واذا لم يكف ذلك تنام المرأة على جنبها ثم يضع إحدى يديه على الجهة السفلى للبطن ويصدم النقطة المقابلة من البطن صدمة قوية باليد الاخرى فيتحرك الجنين فيدرك حركته فيتأكد

من وجود الحمل واذا لم تدرك حركاته بهذا العمل فقد يكون ميتاً أو مدهوشاً فيعرف وجوده بلغط قلبه الذى يصل فى الدقيقة من (١٣٠) الى (١٦٠) بل الى (١٧٠) نبضة وهذا اللغط شبيه بلغط الساعة الملتفة عند بل جملة طبقات . ولكون الجنين لا يأخذ فى الرحم وضعاً ثابتاً الى انتهاء الشهر السابع تنتقل ضربات قلبه من محل الى آخر فتسمع تارة فى نقطة وتارة فى أخرى ولا يأخذ وضعاً ثابتاً الا فى الشهر الثامن فتصير ضرباته ثابتة فى نقطة واحدة ومن هذه النقطة تأخذ قوة الضربات فى التناقص شيأ فشيأ حتى تزول بعد بعد طوله من (٧) الى (٨) سنتيمتر . وقد يوجد بعض حالات فيها تدرك الضربات فى نصف البطن بتمامه كما أنها قد توجد فى الجهة المقابلة وان لم يكن فى الحقيقة الا جنين واحد لكن هذا نادر . وشدة هذه الضربات تختلف باختلاف سن الجنين أما عددها فلا يختلف باختلاف سنه بل يكون واحداً فى الدقيقة من انتهاء الشهر الخامس الى الشهر التاسع ونبض الجنين لا يتأثر بتأثر نبض الأم بحيث اذا طرأ أى سبب وأبطأ أو أسرع نبض الام فنبض الجنين يكون على حالته . وأما اذا أبطأ نبضه أو أسرع وكان غير منتظم أو متقطعاً فيعلم أن الجنين ليس على حالته الطبيعية بل اما مريض أو متهيج

(طريقة استعمال الجس المهبلى واحداث الهزة) — يستعمل الجس المهبلى عادة بالسبابة وحدها حالة كون الاصابع الثلاثة منثنية فى راحة اليد والابهام كثير الانفراج كما فى شكل (٣٩) فيفعل هذا الجس حالة كون المرأة واقفة أو مضطجعة فاذا جست وهى واقفة يجعل ظهرها مرتكزاً على حائط أو دولاب مثلا والساقان متباعدين منثنيين قليلا فبعد

(شكل ٣٩)

غسل اليد وتعقيمها وغسل أعضاء التناسل الظاهرة وتعقيمها أيضاً ودهن السبابة بالفازلين المحتوى على السليمانى (١ فى ١٠٠٠) أو المحتوى على حمض البوريك (٣ فى ١٠٠) أو زيت الزيتون المحتوى على (٥ فى ١٠٠) من حمض الفينيك يقف الطبيب أمامها أو بجانبها فيدخل يده تحت الملابس بين فخذى المرأة وتكون السبابة ممتدة مداً أفقياً وأعلنها

شكل (٣٩) يشير لهيئة وضع الاصابع فى الجس المهبلى حالة البحث من الجهة المقدمة للحوض

متجهة الى أعلى و يدفعها الى الخط الذى بين الاليتين فتى ارتكزت على هذا الخط يوجهها من الخلف الى الامام مع الاتكاء قليلا الى أن يصل طرفها الى المجمع الخلفى للفرج فيدخل الاصبع فيه ومتى دخل يرفعه بلطف لاجل دخوله فى المهبل تابعا انحناء هذه القناة وقبل الوصول الى عنق الرحم توضع اليد الاخرى مسطحة على قاع الرحم لاجل ضبطه جيدا ومنعه من الارتفاع وحينئذ عكس تعديله اذا كان كثير الانحناء بل و يحفظ فى هذا الموضع قليلا ان أمكن ومتى دخلت كل السبابة فى المهبل يلزم أن يكون الابهام ممتدا على جبل الزهرة والساعد عموديا تقريبا . واذا جست المرأة وهى مضطجعة توضع على حافة سريرها مرتفعة المقعدة قليلا والفخذان يكونان منثنيين متباعدين ثم يوجه يده بين فخذيها مع كون السبابة فى الوضع العمودى والثلاث أصابع منحنية فقط والابهام متباعدا فتى وصلت للعجان مر بها من أسفل الى أعلى مع الاتكاء قليلا أيضا الى ان تصل أعلها المجمع الخلفى للفرج فيدخل الاصبع فيه ثم يتبع انحناء المهبل بلطف ولاجل سهولة الادخال يخفض المرفق الى أن يلامس فراشها والابهام ملامسا لجبل الزهرة تصير السبابة أفقية كما هو واضح فى شكل (٤٠) ومتى قرب طرف الاصبع من العنق يضع اليد الاخرى على قاع الرحم لاجل ضبطه وتعديله بل وخفضه قليلا اذا أمكن . وقد يفعل الجس المذكور من المستقيم عند وجود عائق يمنع دخول الاصبع فى المهبل كوجود غشاء البكارة أو ما أشبهه ويستعمل هذا الجس بأمر يكا من قناة مجرى البول بعد تمددها اذا انقلب الرحم الى الامام وقد يفعل مع كون المرأة متكئة على ركبتيها اوذراعيها أو مضطجعة على أحد جانبيها مع امتداد فخذ وساق الجانب المضطجعة هى عليه وانثناء ساق وفخذ الجهة الأخرى ثم ان جس المرأة وهى واقفة مفضل متى كان الرحم قليل الحجم خصوصا اذا كان فارغا ومتى عظم حجمه وأخذ فى الانحناء الى الامام بسبب نمو متحصل العلوق فالافضل جسها وهى مضطجعة على ظهرها والمقعدة مرتفعة قليلا اذ بهذا الوضع يتمكن الطبيب من توجيه عنق الرحم الى الأسفل والامام

(شكل ٤٠)

شكل (٤٠) يشير الى هيئة وضع الاصابع فى الجس المهبلى للبحث عن الجهة الخلفية للحوض

بخلاف ما اذا كانت واقفة فان العنق يكون متجها الى الخلف والأعلى نحو الحدبة العجزية . والاحسن تمرين اليدين على فعل الجس المهبلي اذ يتفق ان توجد المرأة فى حالة لا يمكن معها الاقتصار على الجس بيد واحدة متمرنة . واذا كان الجس بقصد التفتيش عن الحركات القسرية للجنين (أى الهزة) يلزم وضع السبابة على النقطة الأكثر انخفاضا من الرحم أى أمام قاعدة عنقه ويسند قاع الرحم باليد الاخرى وحينئذ يصدم بالسبابة الجزء الملامس لها من الرحم مع حفظ ملامسة أنملة الاصبع للنقطة المصدومة ليدرك رجوع الجسم المنتقل بالصدمة

(فى الجس البطنى وفوائده) — فوائده هى معرفة الطبيب أولا وجود ورم داخل البطن . ثانيا ان الموجود جسم صلب هو الجنين . ثالثا معرفة حالة وضع الجنين . وكيفية الجس أن تكون المرأة مستلقية على ظهرها ورأسها منخفضة بدون وسادة وساقاها فى نصف انثناء متباعدين قليلا وأن لا يوجد شئ على البطن ولا على الصدر غير ثوب والأحسن أن تكون مجردة عن الثياب وأن تتنفس براحة مفتوحة الفم وحينئذ يغمس الطبيب يديه فى ماء ساخن قبل الجس فى فصل الشتاء لئلا تحصل انقباضات بطنية للمرأة من برودة اليدين ويكون الطبيب واقفا جهة رأس المرأة ووجهه نحو أطرافها السفلى وفى محاذاة خاصرتها فيبتدئ بجس سطحى خفيف ثم يحدد الرحم باليدين كما هو واضح فى شكل (٤١) ثم يصير الضغط باليدين غائرا شيأ فشيأ وقد يقف الطبيب فى الجهة اليمنى أو اليسرى للمرأة حسب راحته . ولمعرفة النقطة التى وصل اليها قاع الرحم يضغط الطبيب ضغطا خفيفا بالحافة الزندية ليده اليسرى اذا كان واقفا عن يمينها وبالحافة الزندية ليده اليمنى اذا كان واقفا على يسارها فيدرك الطبيب أولا بعض مقاومة ناجة عن الورم الرحمى وبضغطه بالحافة الزندية ليده يحدد ارتفاع هذا الورم من الأعلى كما هو مشار له فى شكل (٤٢) وبذلك يمكنه أن يعرف عمر الجنين . واذا وضع المولد يده مسطحة برهة على البطن شعر بصدمات ناشئة عن دفع الجدر الرحمية بأقدام الجنين . وفى بعض الأحيان تكون حركة الجنين



(شكل ٤١)

(انظر شكل (٤٢) مع شرحه فى صحيفة ٤٥)

شكل (٤١) يشير لتحديد الرحم بالجس باليدين

ممتدة فتكون ناشئة عن تحريك جميع جسمه فهذه الصدمات والحركات تدل على حياة الجنين ولذا تعد من العلامات المؤكدة للحمل



وتسمى الحركة الذاتية للجنين وقد تدرك هذه الحركة بالعين وتشعر بها المرأة أيضا . ولمعرفة الوضع العمومى للجنين يستعمل الطبيب يديه فى الجس البطنى بوضعهما مسطحتين على البطن بحيث يكون معصما اليدين متجهين الى أعلى والاصابع الى أسفل . ثم ان هذا البحث لا يكون باليدين

(شكل ٤٢)

فى آن واحد بل بهما متتاليتين فيبتدئ باليد الأكثر بعدا فاذا فرض أن الطبيب موجود فى الجهة اليمنى للمرأة كانت اليد اليسرى هى الأكثر بعدا وهى التى تبدأ بالضغط منضمة الاصابع حالة كون اليد اليمنى موضوعة على الجهة المقابلة (أى اليمنى للمرأة) ساندة لها وليس الضغط بأطراف الاصابع فقط بل بكل امتداد اليد ثم تنقل بطريق الزحف وبذلك يبحث من أسفل الى أعلى أولا ثم من الخارج الى الداخل متجها نحو المراق الأيمن ومتى تم بحث هذه الجهة توضع اليد اليسرى فى المراق الأيسر للمرأة لتسنده وباليد اليمنى تبحث الجهة اليمنى بالكيفية المتقدمة فينتج من هذا البحث ان الطبيب يدرك وجود سطح صلب فى احدى مراق المرأة أقل مرونة من المراق الآخر هو ظهر الجنين ومنته من الأعلى بطرف غير منتظم الاستدارة هو المقعدة ومن الاسفل بطرف آخر صلب هو الرأس . وأما المراق المقابل للمراق الموجود فيه السطح الصلب المذكور فيمكن ضغطه باليد وبها تدرك الاطراف الصغيرة للجنين فاذا لم تدرك الايدى شيأ وجب بحث القسم الخثلى لأن الجنين ربما كان موضوعا فى الرحم بالعرض .

(فى التسمع الرحمى) — المسماع (المستقصية) هنا أجود من الاذن العارية عنه اذ به يقل خجل المرأة ويتجنب الطبيب احتقان رأسه وبذا يمكنه بحث جملة نقط بدون أن يلتجئ الى أوضاع متعبة وبه يمكنه ضغط العرى المعوية التى قد تكون موجودة بين الرحم والجدر البطنية المقدمة وبه أيضا يسهل تحديد بؤرة ألغاط قلب الجنين والحدود التى تزول فيها هذه الالغاط . ولاجل التسمع يلزم أن تكون المرأة مستلقية على سرير ضيق

شكل (٤٢) يشير الى نقطة ارتفاع الكرة الرحمية والى يد المولد الحادة لقاع الرحم بحافتها الزندية

بحيث يمكن الدوران حولها بسهولة وأن يكون السرير مرتفعا لئلا يجبر الطبيب على خفض رأسه فلا يكون السماع واضحا . وكذا يلزم رفع رأسها وكتفيها بوسادة وانثناء فخذيها على بطنها لاجل ارتخاء الجدر المقدمة للبطن التى تكون مغطاة بقميص أو فوطة رقيقة والأحسن عدم وجود شئ على البطن . فيوضع الطرف الضيق للسماع على الكرة الرحمية عموديا على سطحها مع الاتكاء قليلا بدون أن يحدث للمرأة ألم ثم توضع الاذن على الطرف الاذنى الاكثر اتساعا للآلة ويسمع مع الانتباه بدون ضبط السماع بيده خوفا من ان تشتبه عليه الالغاط المبحوث عنها بالنبضات الشريانية للاصابع الماسكة للسماع والأحسن أن يمسك بأصابع هذه اليد نبض المرأة ليقارن ضرباته بضربات قلب الجنين ويسند باليد الاخرى الجهة المقابلة من بطن المرأة لعدم زوغان الجنين كما هو مشار له فى (شكل ٤٣) فضبط النبض الكعبرى للمرأة وقت سماع ألغاط قلب الجنين ضرورى لمقارنة عدد ضرباته بعدد الالغاط المسموعة . فاذا كانت الالغاط المسموعة بالسماع موافقة لنبض المرأة كانت الالغاط المسموعة هى ألغاط أوعية رحمها . واذا كانت عديدة وغير موافقة لضربات نبضها كانت ضربات قلب الجنين وفى بعض الاحيان تسمع بقوة ثم يعقب ذلك سكون ثم تسمع ثانيا بقوة ولذا يلزم بقاء الاذن على السماع برهة من الزمن . وعدم تواصل النبضات نتيجة الانقباضات الرحمية . وعلى العموم تسمع شدة نبضات قلب الجنين جيدا فى بطن المرأة فى النقط الموضوعة حذاء قلبه ثم يقل سماعها كلما بعد من هذه النقطة الى أن يزول وتختلف قوة ضربات قلب الجنين باختلاف وضعه وحالته الصحية وثخن جدر بطن المرأة



(شكل ٤٣)

(فى تشخيص الحمل) ــ قد يندب الطبيب للاستشارة فى المدة الاولى من الحمل (أى من الشهر الاول الى الخامس) أو فى المدة الثانية (أى من الشهر الخامس الى التاسع) أو فى زمن

شكل (٤٣) يشير لكيفية عمل السمع فى البحث عن ضربات قلب الجنين

المخاض

المخاض ففى المدة الاولى يسألونه هل المرأة حامل أولا فيجيب عن ذلك بما يستفيده من أجوبة المرأة ومن بحثه لها الان ذلك ذو أهمية فى تشخيص الحمل غير أنه يكون على سبيل التخمين فيسألها أولا عن سنها وعن السوابق الولادية الوراثية العائلية لانه كثيرا ما تكون والدة المرأة الحامل راشيتيكية البنية فى صغرها أو عندها استعداد لحصول لين فى عظامها مدة حملها

• وثانيا يسأل عن سوابقها المرضية الشخصية أى فى أى سن من عمرها ابتدأت فى المشى وهل استمر مشيها أو وقف ثم عاد وما هى الامراض التى أصابتها من تاريخ خروجها من بطن والدتها الى الآن (و يحفظ سرها اذا كانت أصيبت بأحد الامراض السرية)

• وثالثا يسأل الطبيب زوجها عن سوابقه المرضية سواء كانت وراثية أو شخصية (ويحفظ سره اذا كان أصيب بأمراض سرية) لان القانون والآداب لا تبيح افشاء ذلك

• رابعا يسأل الطبيب المرأة عن حالة أعضاء تناسلها وعن سوابقها اذا كان تكرر حملها

• خامسا يسأل عن تاريخ انقطاع الحيض لأن منه يعرف ابتداء الحمل سيما اذا كانت المرأة تحيض بانتظام الى هذا التاريخ وأما عند اللائى يحضن بغير انتظام فقد يحدث الالتباس لدى الطبيب • وقد ينقطع الحيض عند الشابة العذراء عقب زواجها بقليل مدة شهر أو أكثر بل ويصحب هذا الانقطاع انتفاخ بالبطن والثديين بسبب تأثير عصبى ناشىء عن الاجتماعات الاولى للرجل بالشابة وبعاينتها يعلم أنها غير حامل • وقد يحصل للشابة عقب العلوق نزيف فى الاشهر الاولى من الحمل الحقيقى مادته مكونة من سائل مصفر أو محمر قليلا فهذا ليس حيضا حقيقيا وقد تحصل العادة الحقيقية عند بعض النساء أثناء حملهن ولكن هذا نادر جدا و يوجد فى هذا العلم مشاهدة ذكرها الطبيب (جانال) فى كتاب امتحانه الأخير فى الطب سنة ١٨٦٧ م وهى أن امرأة قد حكم عليها بالاعدام حالة كونها تشعر بأنها حامل فأخبرت الحكومة بذلك لانه من القوانين المرعية ان يؤخر تنفيذ الاعدام الى انتهاء الوضع اذا تبين أن المرأة حامل إنما هذه المرأة كانت تحيض مدة الحمل فأمرت الحكومة بالكشف عليها فبالصدفة كانت المرأة حائضا وقت الكشف فعند رؤيته دم الحيض رفضت دعواها ونفذ حكم الاعدام وعند تشريح جسمها وجد فى رحمها جنين عمره أربعة شهور • وفى الغالب ينقطع الحيض من الشهر التالى للعلوق . ثم بعد استيفاء أجوبة المرأة يشرع فى بحثها

(فى بحث المرأة الحامل) - تبحث المرأة الحامل فى المدة الاولى للحمل بالنظر فالجس البطنى فالرحمى أو بالاخيرين معا . وبالتسمع الرحمى مع ما تقدم اذا كان انتداب الطبيب فى المدة الثانية من الحمل أو فى زمن المخاض . فبالنظر يتحقق الطبيب من اضمحلال الوجه

واحاطة الجفون بهالة سمراء وانتفاخ الثدى الذى يصير مرتفعا بارزا باستقامة وانتفاخ حلمته وتلون هالته بالسمرة وبروز درنات (منتجومرى) كما هو واضح فى شكل (٤٤) فترى هالته بارزة كزجاجة الساعة ودرنات (منتجومرى) بارزة ويشاهد بالبصر أيضا كلف الوجه وكلف الخط الابيض البطن . وفى المدة الثانية للحمل عند البكريات تحدث خطوط جديدة فى جلد البطن أعلى الاوربيتين ذات شكل قوسى تحديبها متجه نحو الاوربيتين مع تشقق بشرة جلد هذه الخطوط وقد يشاهد على جلد الثدى خطوط مماثلة للمتقدمة اذا كان انتفاخه عظيما ومتى وجدت هذه الخطوط لا تزول وقد لا توجد تلك الخطوط البطنية المذكورة لدى بعض النساء أو تكون قليلة الوضوح . ويتحقق الطبيب أيضا بالنظر من لون الغشاء المخاطى الفرجى المهبلى فيكون ذا لون بنفسجى فى الزمن الاخير من المدة الثانية للحمل وفى هذا الزمن قد توجد تمددات دوالية فرجية وباسورية وأوزيما الاطراف السفلى ويشاهد بالنظر أيضا كبر حجم البطن . فمتى تحقق الطبيب من وجود الظواهر السابقة ووجد أنها متحدة مع ما استفاده من أجوبة المرأة حكم بوجه التخمين انها حامل واذن يحملها على اتباع الشروط اللازمة للمرأة الحامل بدون أن يؤكد لها انها حامل دفعا لسوء الظن اذا جاء الزمن الثانى من مدة الحمل ولم يظهر له أثر . واذا ندب الطبيب فى المدة الثانية (أى بعد الشهر الخامس) وكان لا يعرف المرأة أولا أخذ يسألها كما سبق وبعد اجابتها يبحث فيها ببصره ثم بالجس البطنى ثم المهبلى ثم بالتسمع الرحمى كما تقدم . ومتى ثبت وجود الجنين بالعلامات المؤكدة وجب على الطبيب أن يخبرها بأنها حامل وها هو مختصر علامات الحمل السابقة الذكر

(العلامات التخمينية المختصة بالمرأة)	(العلامات المؤكدة المتعلقة بالجنين التى لا تدرك الا بعد الشهر الخامس)
(١) انقطاع الحيض	(١) الحركة القسرية للجنين
(٢) الاضطرابات العصبية الانعكاسية للجهاز الهضمى وغيره	(٢) الحركة الذاتية للجنين
(٣) انتفاخ الثديين وظهور اللون الاسمر للهالة وبروز درنات (منتجومرى) والكلف الوجهى والبطنى	(٣) ألغاط قلب الجنين
(٤) عظم حجم الرحم المترتب عليه كبر حجم البطن وتشققات جلده	
(٥) تنوع حالة عنق الرحم	

شكل ٤٤ يشير الى ثدى امرأة حامل منظور من احدى جهاته

وأما

• وأما اذا ندب الطبيب للاستشارة عن تعيين وقت المخاض فبعد الاستعلام منها عن السوابق ان كان غير عالم بها يبحث عن الحمل ان كان جزء الجنين الآتى به نزل فى المضيق العلوى وانحشر أولا فهذا الانحشار يحصل عند متكررة الولادة فى الخمسة عشر يوما الاخيرة من مدة الحمل . ثم يبحث أيضا حالة عنق الرحم لانه يسترخى و ينمحى شيأ فشيأ بالتدريج و بالانتظام . وهذا الاسترخاء والانمحاء يتأخران عند بكرية الحمل عمن تكرر حملها فاذا كان جزء الجنين منحشرا وعنق الرحم انمحى كانت الحامل قريبة من المخاض خصوصا اذا كان هذا الانمحاء مصحوبا بالآلام الرحمية المحضرة . وقد يندب الطبيب للحامل بسبب ادراكها آلاما ناشئا عن مغص معوى ظنا بأنه مخاض فيميز بينهما بان ألم المغص لا يصطحب بالانقباضات الرحمية التى تعرف بوضع اليد على البطن وقت حصولها فيدرك أن الرحم بصير متكورا جامدا وقتها . وللمخاض صفات خاصة به وهى الآلام وحالة عنق الرحم فالآلام إما أن تكون محضرة أو قاذفة أو مكسرة . فالاولى تصحب انمحاء عنق الرحم وتمدد فتحته . والثانية تصحب تجاوز جزء الجنين فتحة الرحم . والثالثة تصحب مروره من المضيق السفلى . وعلى العموم يمضى من ابتداء الآلام المحضرة الى خروج الجنين عند بكريات الولادة من (١٥) الى (٢٠) ساعة وعند متكرراتها من (٦) الى (٨) وهذه المدة تنقسم الى دورين . دور انمحاء عنق الرحم وتمدد فتحته . ودور انقذاف الجنين . فالاول يكون من (٦) ساعات الى (٨) عند البكريات ومن (٤) الى (٦) عند غيرهن . والثانى يكون من ساعتين الى (٤) عند البكريات ومن ساعة الى ساعتين عند غيرهن . ولمعرفة مدة الحمل يجب التذكر بأن مدة الحمل الطبيعى تسعة أشهر شمسية تارة تزيد نحو عشرة أيام وتارة تنقصها والقانون الفرنساوى جعلها (٣٠٠) يوم من بعد فسخ الزواج وافتراق الزوجين . وذكر المعلم (فودريه) أن زوجته ولدت مرتين من بعد هذه المدة الاخيرة ولكن العادة هى (٢٧٠) يوما الى (٣١٠) أيام وهذا الاختلاف ينجم فى غالب الاحوال من عدم ضبط تاريخ العلوق وقد ينجم بسبب كون الحيوانات المنوية تمكث فى المهبل نحو خمسة عشر يوما بعد الجماع بدون أن تتلف وتفقد خاصية التلقيح . وقد يمكث متحصل العلوق فى الرحم (ميتا) زمنا طويلا بل وجملة سنين ويكون معوقا عن الخروج إما بوجود مانع قرب عنق الرحم أو فى المهبل وبذلك يحصل تأخير غير عادى فى انقذافه . وبالجملة فمدة الحمل مؤسسة على ما يستفاد من أجوبة المرأة بالنسبة لتاريخ آخر جماع وهذا ضرورى بالنسبة للطب الشرعى وعلى ما يستفاد من أجوبتها أيضا

بالنسبة لتاريخ آخر حيضة لان العلوق لا يحصل الا بعد انتهائها بسبعة أيام أو ثمانية فمثلا اذا كان آخر يوم الحيض (٢٥) سبتمبر فلا يحسب تاريخ العلوق الامن (٢) أو (٣) من شهر اكتوبر ثم يحسب من هذا التاريخ (٩) شهور فالولادة تكون غالبا فى يوم (٣٠) من شهر يونيه وتارة تحصل قبل هذا التاريخ بعشرة أيام أو بعده بعشرة وهذا ناجم كما ذكر من عدم ضبط تاريخ العلوق ومن اختلاف عدد أيام الشهور لان بعضها تارة يكون ثلاثين يوما وتارة يكون (٣١) ومنها شهر يكون فى عام (٢٨) وفى آخر (٢٩) وكذلك الاشهر القمرية بعضها ٣٠ والبعض ٢٩ يوما . ويمكن تحديد مدة الحمل بمعرفة درجات ارتفاع قاع الرحم فى بطن الحامل فيقرب من السرة شيأ فشيأ من الشهر الرابع الى السادس ثم يتجاوزها بنحو (٣) الى تسعة أصابع شيأ فشيأ الى الشهر التاسع كما هو واضح فى شكل (٣٨) المتقدم الذى يشير لتغير وضع قاع الرحم وارتفاعه فى الازمنة المختلفة للحمل . ثم فى الخمسة عشر يوما الاخيرة ينخفض الرحم الى أسفل تدريجيا ويزداد عرضه وتحصل فيها ظواهر تشير لقرب المخاض (وحينئذ تقول المرأة بطنها اسقطت) ومن هذا الوقت يصير التنفس أكثر سهولة عما كان عليه من قبل وكذلك الهضم لكن يحصل للمرأة ثقل ومزاحمة ضغط فى حوضها فيحصل تطلب متكرر للتبول والتبرز كما تقدم وأخيرا تظهر الآلام المحضرة

((الحمل التوأمى)) - تحمل المرأة عادة بجنين واحد وقد تحمل بأكثر فاذا كان باثنين قيل للحمل توأمى وهو يحصل بنسبة واحد من تسعين ولادة ويكثر ذلك فى بلاد (ايرلانده والروسيا) وأسبابه غير معلومة وانما ثبت المشاهدة أنه وراثى تارة عن الام وهو الاكثر وتارة عن الاب . وقد شاهد المعلم (ليبرو) أن امرأة ولدت مرتين توأمين ذكرين فى كل مرة فلما تزوج هؤلاء الاربعة ولدت كل زوجة من زوجاتهم مثل أمهم وغاية ما يصل اليه الفكر أن ذلك قد ينتج عن تلقيح بيضتين فى زمن واحد أو زمنين عقب الجماع الواحد واذن يكون خروج البيضتين من المبيض فى حيضة واحدة وقد تخرج البيضتان فى زمن واحد ولكن لا تلقحان عقب جماع واحد وقد تكون البيضة الواحدة ذات جرثومتين فتلقحان فى زمن واحد

((فى حالة المشيمة والاغشية الجنينية فى الحمل التوأمى)) - توجد عدة أحوال للمشيمة

فى

فى الحمل التوأمى فتارة توجد مشيمتان منفصلتان وسليان وأمنيوسيان أى كل جنين يكون فى كيس قائم بنفسه وقد يوجد لكل جنين غلاف ساقط فاذن يكون كل واحد منفصلا عن الآخر انفصالا تاما وتارة لا توجد الا مشيمة واحدة خادمة للجنينين لكن يوجد سليان وأمنيوسيان منفصلان عن بعضهما وفى هذه الحالة اذا بحثت المشيمة بالدقة وجدت مركبة من جزأين منضمين الى بعضهما انضماما تاما بحيث يظن أنهما مشيمة واحدة . وتارة توجد مشيمة واحدة وسلى واحد وأمنيوسيان والحاجز الفاصل للتجويفين الامنيوسيين يكون مكونا من جدر الامنيوسيين الملامسين لبعضهما وهذه الحالة تشاهد فى الحمل الناتج عن تلقيح بيضة ذات جرثومتين ولكنه نادر وقد يكون الجنينان فى كيس واحد بحيث لا يوجد لهما الا مشيمة واحدة وسلى واحد وأمنيوس وهذه الحالة تشاهد أيضا فى الحمل الناتج عن تلقيح بيضة ذات جرثومتين وهو نادر أيضا

(فى علامات الحمل التوأمى) — تنقسم علامات الحمل التوأمى كما انقسمت علامات الحمل البسيط الى علامات تخمينية وعلامات مؤكدة فالتخمينية هنا هى عين المتقدمة ويزاد عليها تزايد البطن فى الحجم والعرض واذا قرع عليها وجدت صما فى جميع أجزائها تقريبا فيكون غلظ البطن حينئذ ناجا عن الرحم بسبب وجود أزيد من جنين فيه لا عن الأمعاء وغازاتها ويصحب غلظ البطن فى أغلب الاحوال الظهور المبكر لأوزيما الاطراف السفلى وأعلى العانة . وبالجس البطنى يدرك الطبيب توتر الرحم حتى ان هذا التوتر يمنع وصول أصابع اليد الى الاجزاء الجنينية ولكن فى الغالب تصل اليها وتدركها أربع كتل جنينية غليظة اثنتان منها أكثر صلابة وهما الرأسان اللذان قد يكون أحدهما الى أسفل والآخر الى أعلى كما فى شكل (٤٥)

(شكل ٤٥)

شكل (٤٥) يشير الى توأمين رأس أحدهما الى أسفل والآخر الى أعلى

أما الكتلتان الاخيرتان فتكونان رخوتين قابلتين للضغط هما المقعدتان احداهما الى أعلى والاخرى الى أسفل أيضا وأحيانا يكون الجزآن الاكثر صلابة (أى الرأسان) موضوعين فى الجزء السفلى من الرحم لكن أحدهما مرتفع عن الآخر والجزآن الاكثر رخاوة (أى المقعدتان) موضوعين فى الجزء العلوى من الرحم كما فى شكل (٤٦) وقد يدرك فى الجزء السفلى جزء رخو غليظ (أى مقعدة) وفى الجزء المتوسط من الرحم (رأس) ثم يعلوها جسم موضوع بالعرض وجزؤه الاكثر صلابة موجود فى احدى الجهتين الجانبيتين من الرحم وجزؤه الاكثر رخاوة فى الجهة الجانبية المقابلة من الرحم كما فى شكل (٤٧) وهذا نادر . وقد لا يدرك باللجس البطنى الاثلاث كتل غليظة جنينية وهى رأس ومقعدتان أو مقعدة ورأسان وتارة لا يدرك به الا طرفان غليظان فقط لكن من المؤكد انهما من طبيعة واحدة (أى إما رأسان أو مقعدتان) وباللجس المهبلى كثيرا ما يجد الاصبع فتحة عنق الرحم منفتحة خفيفا خصوصا عند متكررة الولادة فتدخل الاصبع فيها بل وفى الفتحة الباطنة له وحينئذ تدرك به أغشية الأجنة فاذا حصل

شكل (٤٦)

(شكل ٤٧)

شكل (٤٦) يشير لتوأمين آتيين برأسهما الكن رأس احدهما أكثر انخفاضا من الآخر

شكل (٤٧) يشير لجنين سفلى أتى بالمقعدة يعلو رأسه جنين آخر موضوع عرضا

انحشار جزء جنينين يدرك أن المسافة الفاصلة لعنق الرحم عن قاعه تكون أكثر طولا عما اذا كان فيه جنين واحد لان الجنين الواحد بانثنائه على نفسه يقل طوله بقدر انثنائه . وقد يدرك في فتحة عنق الرحم جيبان مائيان منفصلان عن بعضهما او آتيان في آن واحد وهذا دليل على وجود جنينين . وقد شاهد المعلم (دوبول) في دفعتين جيبا مزدوجا ثم وضعت المرأة جنينين وهذه الخصوصية وان كانت نادرة الا انه يلزم معرفتها لتعذر نزول الجنينين من فوهة الرحم دفعة واحدة واذا فعل الجس البطني مع الجس المهبلي فقد يدرك طرفان عليظان صلبان أحدهما الى أعلى والآخر الى أسفل أو انهما معا الى أعلى أو الى أسفل كما سبق وبهذين الجسين تمكن معرفة أوضاع كل جنين في الرحم . وهذه الاوضاع تنقسم الى ثلاثة أقسام . الاول أن يكون الجنينان موضوعين بجوار بعضهما أحدهما في النصف اليمنى من الرحم والآخر في النصف اليساري منه وهذا في الغالب . الثاني أن يكون أحدهما موجودا في الجزء السفلي والآخر في الجزء العلوي . الثالث أن يكون أحدهما أمام الآخر والثاني خلفه وهذا النوع الاخير تتعسر معرفته لان الجنين الخلفي محجوب بالجنين الامامي فلا تسمع الا ضربات قلب الامامي . وسماع ضربات قلبي الجنينين أقوى دليل على وجود حمل توأمي فاذا كان الجنينان موضوعين وضعا جيدا بحيث عكن أن عيز ظهر كل منهما فلا بد من وجود نقطتين تدرك فيهما ضربات قلبيهما وهاتان النقطتان تكونان منفصلتين عن بعضهما بجملة سنتيمترات لا تسمع فيها الضربات أبدا أو تكاد تسمع قليلا . ومن العلامات الاكيدة على وجود الحمل التوأمي تفاوت عدد الضربات في هاتين النقطتين بأن يكون عدد احداهما (١٥٠) نبضة وعدد الاخرى (١٤٠) مثلا أما اذا كان العدد متحدا فيقطع بوجود جنين واحد واذا كان أحد التوأمين ميتا فالجس المهبلي يعرفنا وجود الجنينين . وقد يشتبه الحمل البسيط بالحمل التوأمي بسبب عظم حجم البطن الناجم عن تزايد كمية مياه الامنيوس ويدفع هذا الالتباس بالجس البطني والمهبلي وبالتسمع وتارة يحصل الالتباس في الحمل البسيط المضاعف بسبب وجود ورم أو كيس في المبيض فيدفع هذا الالتباس بما تقدم وقد يحصل الالتباس بعد ولادة الجنين بسبب غلظ المشيمة وتخن نسيج الرحم فيتوهم بقاء جنين آخر فيه وبالبحث عما تقدم يعلم أنه ليس كذلك

(في انتهاء مدة الحمل التوأمي) ــ تحصل على العموم ولادة الحمل التوأمي قبل تمام مدة الحمل فتلد المرأة أحدهما بعد الآخر وليس من النادر مشاهدة مجيئهما المعيب في الحالة

العادية يجيء كل منهما بالقمة أو أحدهما بالقمة والآخر بالمقعدة وقد يجيء كل منهما بالمقعدة أو أحدهما بالمقعدة والآخر بالكتف. أما سير الولادة في الحالة العادية فهي أن تحصل ولادتان على التعاقب الا أن ولادة الجنين الاول تكون بطيئة والثاني سريعة وأنهما يكونان من نوع واحد ذكورة وأنوثة وقد يختلفان فيكون أحدهما ذكرا والآخر أنثى . وانذار الحمل التوأمي بالنسبة للمرأة ليس جيدا لانها تكون في تعب طول مدته تقريبا بسبب توتر بطنها وتراعظيما ووجود أوزيما أطرافها السفلى وان الجنينين يكونان عرضة للجيئات المعيبة التي لا تتم الولادة فيها الا بعمل ينجم عنه خطر للجنين وربما نجم عنه للمرأة أيضا ويكون الانذار غير جيد أيضا للجنينين في المجيء العادي اذا ولدا قبل تمام مدة الحمل

(في الحمل خارج الرحم) — الحمل غير الطبيعي يسمى باسم النقطة التي تنمو فيها البيضة فاذا كان في المبيض قيل حمل مبيضي واذا كان في البوق يسمى بوقيا واذا كان في جزء البوق الذي يمر في جدران الرحم يسمى خلاليا واذا كان في تجويف البريتون يسمى بطنيا . فالحمل البوقي هو أكثر حصولا والحمل البريتوني هو أكثر الانواع خطرا . ثم ان معرفة الحمل خارج الرحم تكون صعبة في الاشهر الاول خصوصا اذا كان الحيض منقطعا لان التنوعات الحاصلة في حجم البطن وفي قوام عنق الرحم وفي هيئة الهالات الثدية تحصل كما في الحمل الطبيعي ولكن بعد مضي خمسة أشهر توجد علامات بها تمكن معرفة الحمل خارج الرحم اذ يكون شكل البطن غير منتظم وبالجس البطني يعرف ان البيضة النامية ليست في محلها الاعتيادي وبالجس البطني والمهبلي وتوجيه الرحم من يد الى أخرى يدرك أنه فارغ ولو كان متزايد الحجم قليلا ومتحولا الى الجانب المقابل للورم. وأخيرا اذا كان الجزء السفلي من الكيس شاغلا للمضيق العلوي يمكن احداث الهزة فيه التي تعرف أكيدا أنها ليست في نفس الرحم وفي هذا الزمن تدرك اليد الحركة الذاتية للجنين وتدرك الاذن ألغاطه القلبية التي تكون أكثر سطحية عن العادة ثم اذا لم يتمزق الكيس يحصل للحامل في الشهر التاسع آلام كآلام الولادة سواء كان الجنين حيا أو ميتا وهذه الآلام تمكث في الحد المتوسط من ثلاثة أيام الى أربعة ثم تزول بدون تمدد في فتحة عنق الرحم وخروج شيء ما منه ثم يعقب ذلك راحة للمرأة ويستمر الحمل من سنتين الى ثلاث أو أكثر بدون ظهور حيض في مدته بخلاف افراز اللبن فانه لا يحصل وفي كل تسعة أشهر يطرأ على المرأة آلام تمكث ثلاثة أيام أو أربعة شبيهة بالطلق بدون تمدد فتحة عنق الرحم كما ذكرنا . وقد ذكر بعض المؤلفين حصول العلوق عند اناث

مدة

مدة الحمل خارج الرحم و وضعهن بعد انتهاء المدة الاعتيادية أطفالا احياء .

((السير الذى يلزم أن يتبعه المولد فى الحمل خارج الرحم)) - اذا ثبت وجود الحمل خارج الرحم فالطريقة الوحيدة لتجنب الضرر الذى ينجم عنه هى اخراجه بواسطة شق البطن وهذا العمل يلزم فعله من ابتداء ظهور الحمل الى الشهر الخامس أما اذا لم تستشر المرأة الطبيب الا بعد مضى هذا الشهر فيمكن المولد أن يؤخر العمل و ينتظر مضى الشهر السابع أو الثامن انما يشترط فى هذا التأخير أن يكون الجنين حيا غير مهدد لحياة الأم . ولاجل استخراجه تشق البطن الى أن يصل الشق الى الكيس ثم يخاط الجزء الذى يبرز من الكيس بالقطن العقيم ثم يخيط جدره بجدر البطن (أى فى جلد البطن) لكن بدون مرور الابرة فى تجويف الكيس بل فى خلال أنسجة جدر الكيس ثم بعد ذلك يفتح الكيس و يخرج الجنين بضبطه من قدميه ثم يغسل باطن الكيس بمحلول مركز للنفتول ثم يحشى بالغاز اليودوفورمى و يغير عليه يوميا فينتهى بالشفاء وهذه هى طريقة حفظ جدر الكيس وهى المفضلة . وأما الطريقة الثانية التى فيها يستأصل الكيس فهى أن يشق البطن ثم تخاط جدر الكيس فى شفتى الجرح البطنى مؤقتا ثم يشق الكيس مع الاحتراس من تمزق الاوعية ثم يخرج الجنين و يربط الحبل السرى ثم تخرج المشيمة ثم الغلافات باستئصالها ثم تمسك الاوعية النازفة بالجفوت ذات الضغط المستمر وهكذا حتى تنتهى العملية . ثم يجفف و يخاط الشق البطنى و يغير عليه بعد اليوم الثالث . وأما اذا كان الكيس متقيحا فيتبع فيه ما يعمل فى خراج حوضى

((فى الحمل الكاذب)) - يسمى الحمل كاذبا اذا تغير متحصل العلوق وصار شبيها بكتلة لا يدرك فيها وصف الجنين فاذن يكون تكويصلات ديدانية أو مادة لحمية ففى الحالة الأولى لا يوجد أثر للجنين وفى الحالة الثانية تكون الكتل اللحمية محتوية إما على جنين كامل أو على بعض آثار من الحبل السرى وأيا ما كان الحمل الكاذب يحصل فى مدته انقطاع الطمث وتزايد فى حجم البطن تدريجى واحتقان فى الثديين وغير ذلك كما فى الحمل الحقيقى ولا يعرف ان كان صادقا أو كاذبا الا بعد الشهر الخامس اذ فيه تظهر العلامات المؤكدة كالهزة والحركات الذاتية للجنين وألغاط قلبه فهذه العلامات الثلاث متى بحث عنها بالدقة مرارا فى أزمنة مختلفة ولم تدرك يتحقق من عدم الحمل الحقيقى وفى الغالب لا يستمر الحمل الى انتهاء مدته بل يقذف الرحم ما اشتمل عليه قبل هذا الزمن ويوجد أيضا بعض أحوال فيها يظن حمل

حقيقي كاحتباس الطمث والاستسقاء المائي الرحمي والغازي الرحمي والتشحم البطني وبعض الاحوال العصبية التي تنسب للاستيريا . أما احتباس دم الطمث في تجويف الرحم فقد يحمل الانسان على الظن بوجود حمل لعدم نزول دم الحيض وظهور ظواهر سمباتوية للمرأة لكن بعد الشهر الخامس يسهل تمييز احتباس الطمث عن الحمل الحقيقي لعدم وجود علاماته المؤكدة وهذا الاحتباس ينجم غالبا عن عدم انثقاب غشاء البكارة أو انسداد فوهة عنق الرحم . وأما الاستسقاء المائي الرحمي والغازي الرحمي فيشتبهان بالحمل الحقيقي بسبب انقطاع الطمث وظهور الظواهر السمباتوية كما تقدم وهذا الاشتباه يزول بعد الشهر الخامس كما تقدم أيضا وبالقرع على الرحم في حالة استسقائه الغازي يسمع صوت طبلي . وفي بعض الاحوال الاستيرية تظن المرأة مدة الثلاثة الشهور الاولى أنها حامل وهذه الاحوال تشاهد عند النساء العصبيات اللاتي بلغن من العمر نحو (٣٥) أو (٤٠) سنة وحينئذ يغلب عليهن تشوق للاولاد فتى حصل لهن مرض عصبي رحمي أو معوي أو تغير عضوي رحمي أو مبيضي يتولد عندهن ادراكات كاذبة توهمهن أنهن حوامل بسبب نمو بطونهن وانتفاخ الثديين وظهور الظواهر السمباتوية وحصول بعض انقباضات تشنجية رحمية ومعوية يعتبرنها حركات جنينية حتى ان بعضهن في انتهاء مدة الحمل العادية على حسب توهمها تزعم أنها استشعرت بآلام الولادة مع كون حصول الطمث مستمرا عندها لكن يندر امتداد هذا الوهم الى ما بعد الشهر الخامس لعدم وجود العلامات المؤكدة الدالة على ذلك

(فيما يلزم للحامل مدة الحمل) - يلزم الحامل أن تستنشق الهواء الطلق وأن يكون مسكنها متسعا متجدد الهواء الجيد فلا ينبغي لها أن تكون محرومة منه لان في الحرمان ضررا عليها كما لا يخفى ويلزمها أيضا التريض ماشية كل يوم بدون أن تجهد نفسها وليس لها الركوب في المركبة (العربة) الا اذا كانت عديمة الهز وخيلها هادئة وسيرها بطيئا والطريق مستوية ومدة السير قليلة أما السياحة والسفر فتمنع منهما في الاشهر الاول اذا كانت بكرية الحمل بخلاف متعددته فالتصريح بهما يكون تابعا للعادة كل امرأة وسوابقها لان من النساء من يتأثر رحمها بأقل حركة فتجهض ومنهن من لا يتأثر رحمها بالحركة ومع ذلك اذا كان السفر اضطراريا يلزم أن يكون متقطعا بحيث انها تستريح في كل محطة على الفراش مدة تختلف باختلاف احساساتها كما أنه يلزم أن تمنع من التوجه للاحتفالات العمومية كمراسح الالعاب وما أشبهها ومن الوطء مدة الشهور الثلاثة الاولى وفي الثلاثة الاخيرة أيضا ويلزم أن

أن تكون ملابسها متسعة وان تجتنب لبس المنطقة البطنية وأن تستعمل الحمام المنزلى لتنظيف جسدها مدة الحمل بشرط أن لا تمكث فيه الا قليلا وان حرارة مائه تكون نحو (٣٥) درجة أو أكثر تبعا لاحساسها ويمكنها أن تستعمل الحمام القدمى عند الاحتياج بشرط أن لا تزيد حرارة مائه عن خمس وثلاثين درجة كما تقدم . ويلزم للحامل أن تستعمل فى كل صباح حقنة مهبلية منظفة بشرط أن يكون دخول الماء بهدو وأن تكون الانبوبة المهبلية مثقبة وموجها طرفها نحو جدر المهبل لا نحو الرحم وأن ماءها يكون عقيما فاترا . ومتى قرب انتهاء مدة الحمل يضاف الى ماء الحقنة قليل من حمض البوريك أو من السليمانى لعمل محلول خفيف جدا . وبما أنه فى انتهاء مدة الحمل ينفرز من حلمة الثدى مادة تسيل الى الخارج تلوثها وتكون فوقها قشورا تصير فى أغلب الاحوال سببا للتشققات والالتهابات الحلمية الثديية فيلزم دائما غسل الحلمات بمحلول حمض البوريك لتجنب هذه الامراض ثم دهنها بالفازلين البوريكى يوميا . واذا كانت الحلمة الثديية قصيرة يركب عليها قدح فى شكل المحجم ثم يفعل فيه الفراغ ويترك موضوعا عليه مدة ثم يرفع ويكرر ذلك جملة مرار كل يوم فى أثناء الحمل . ويدفع الامساك بأكل الخبز والسبانخ والبرقوق المطبوخ أو بتعاطى المرأة قبل طعام المساء ملعقة كبيرة من بزر الكتان كل ليلة أو تعمل حقنة شرجية من الماء الفاتر مضافا اليه ملعقتان من الجليسرين أو يعطى لها برشامة محتوية على ٠٫٥٠ سنتيجرام من الراوند أو كباية ماء معدنى مسهل ويلزم رفض المسهلات الشديدة كما يلزم أن تنظف أسنانها عقب كل أكل بواسطة مساحة نظيفة تغمس فى المحلول المكون من بوركس (١) جرام ومن تيمول ٠٫٥٠ سنتيجرام ومن ماء مقطر ٥٠٠ جرام ويلزمها أن تتغذى جيدا فيعطى لها كل ما تطلبه شهيتها لكن لا يصرح لها بأكل التوابل ولا المنبهات ولا الاغذية العسرة الهضم لتجنب اضطراب الجهاز الهضمى

﴿ فى أمراض الحمل ﴾ ـ تنقسم أمراض الحمل الى قسمين أمراض تختص بالمرأة وأمراض تختص بتحصل العلوق . فالامراض المختصة بالمرأة أغلبها ليس أمراضا حقيقية بل هى اضطرابات سمباتوية تحصل فى الاجهزة المختلفة لها وهى اضطرابات الجهاز الهضمى والتنفسى والدورى والبولى وجهاز الحركة والعصبى * أما اضطرابات الجهاز الهضمى فمنها فقد الشهية والوحم والألم العصبى المعدى والقىء والامساك والاسهال وهذه الظواهر تحصل فى المدة الاولى من الحمل وتعالج بالطرق الآتية . فلمعالجة فقد الشهية اذا كان اللسان وسخا

تعطى المرأة مسهلا خفيفا مكونا من نحو جرامين الى أربعة من الراوند أو المانيزيا المركبة أو (١٥) جراما الى (٤٠) من زيت الخروع أما اذا كان اللسان نظيفا فتعطى المنقوعات المرة العطرية كمنقوع القطريون الصغير وصبغة الجنطيانا وغيرها . وتدفع ظواهر الوحم أو تلطف بتعاطى الادوية المرة وان كانت المرأة أنيمياوية أو خلوروزية أضيف للادوية المرة المركبات الحديدية وعادة تزول تلك الظواهر من نفسها بتقادم العهد . وأما الألم العصبي المعدى فيصطحب باعتقال وحموضة معدية وعسر فى الهضم وامساك ونحو ذلك وتلزم مداركته خوفا من أن يؤدى الى الاجهاض باعطاء المانيزيا المكلسة من جرام الى جرامين مضافا اليها نحو عشرين سنتجرام من الانتيبيرين كل صباح وثلاثة أو أربعة من أقراص فيشى كل يوم نهارا فى أوقات متباعدة أو نحو ستين سنتجرام من تحت نترات البزموت قبل كل أكلة بربع ساعة ان لم يوجد امساك مع استعمال ماء سلس بدل الماء شربا وان لم يزل بهذه الوسائط توضع حراقة نوشادرية على فم المعدة وبعد نزع البشرة يذر على سطحها سنتجرام من المورفين أو يعطى شرابه وحده والأحسن أن يكون ممزوجا بقدره من شراب قشر النارنج وفى آن واحد تستعمل حقنة شرجية من مطبوخ بزر الكتان مثلا لاجل زوال الامساك . وأما القىء فهو عرض يكثر حصوله عند الحوامل فاذا كان قليلا بان لم يزد عن مرتين فى اليوم والليلة فلا يهتم به ويكفى لمنعه ايصاء الحامل بالمقاومة وعدم الفكر فيه مع تعاطى منقوع عطرى كالشاى أو أوراق البرتقال أو النارنج أو الميليسيا لانه يندر استدامة هذا العارض الى الشهر الرابع أو الخامس أما اذا تكرر جملة مرات فى اليوم وأخرج أغلب ما تتناوله المرأة من الأغذية كان مرضا يخشى منه على حياتها بسبب الحرمان من الغذاء وعلى الحمل نفسه بسبب اضطراب دورة الرحم وأنزفته الناتجة عن مجهودات القىء ولا يؤدى حرمانها لموت الجنين اذ ثبت بالمشاهدة أن المحرومة من التغذية تلد طفلا جيد الصحة كما لو كانت تغذيتها جيدة أما اذا استمر القىء الى ما بعد الشهر الخامس وتزايد عدده وتعاصى على العلاج سمى القىء المتعاصى ويحصل قبل الاكل أو بعده بعدة مختلفة وهذا الاخير أقل خطرا من الاول وأعراض القىء المتعاصى تختلف باختلاف أدواره . ففى الدور الاول تنحف المرأة بدون حمى ومدته مختلفة وقد يحصل أثناءه وقوف القىء فتتحسن بنية المرأة . وفى الدور الثانى تظهر الحمى والكاشيكسيا وتصير المرأة أكثر نحافة ويعتريها حمى ذات نوب ويصير فهما جافا ذا رائحة كريهة ومدته تختلف من أسبوع الى أشهر . وفى الدور الثالث ويسمى

دور الظواهر المخية يعتري المرأة هلوسة وتخيلات وظواهر جنون . وانذار القيء المتعاصي خطر اذا استمر ويزول بخروج الجنين ويدفع هذا القيء بطرق عديدة منها تغيير مواعيد الاكل الاعتيادية واعطاؤها سنتيجرامين من خلاصة الافيون في ابتداء كل أكل مع تعاطي المنقوعات العطرية كالنعناع والمليسيا وورق البرتقال واستعمال الليمونات الغازية المحمضة بحمض الليمون المحلاة بشراب التوت الافرنكي أو تعاطي جرعة المعلم (رفير) وهي تتركب من سائل منفرد ومحتو على بيكربونات الصودا وسائل آخر منفرد أيضا يحتوي على حمض الليمون أو الطرطير وكلا السائلين يكون محلى بالسكر فيعطى من السائل الاول ملعقة الى اثنتين ثم يعقب بجزء مثله من السائل الثاني فيحصل التفاعل والفوران في المعدة أو يعطى للمرأة أوكسالات السريوم بمقدار ٥ الى ٦ سنتيجرام في اليوم وقد يعطى شراب الايتير أو شراب المورفين أو المشروبات الجليدية بمقدار قليل بدون تراخ أو قطع صغيرة من الثلج تزدردها بتمامها أو صبغة اليود الكؤولية بمقدار من (١٠) نقط الى (٢٠) نقطة في اليوم توضع في نصف كوبة من الماء المحلى بالسكر وتؤخذ بالملعقة أو تعطى نقطتين من صبغة الجوز المقيئ في ملعقة من الماء المحلى بالسكر كل ساعة واذا لم يثمر ذلك كله تعطى ٦٠ سنتجرام من تحت نترات البزموت مع (٣) سنتجرام من خلاصة الافيون قبل كل أكله بربع ساعة أو تعطى قليلا من الروم أو الكنياك أو الشمبانيا المثلجة مع وضع حراقة نوشادرية على المعدة يذر عليها مسحوق المورفين أو يحقن تحت الجلد بمحلوله أو تستعمل حقنة شرجية مكونة من (٣٠) أو (٤٠) نقطة من اللودانوم في (٥٠) جراما من سائل غروي كمغلى الخطمية واذا كان القيء دوريا يعطى الكينين لكن بمقدار قليل لانه يحدث الاجهاض وبعضهم استعمل كي عنق الرحم بنترات الفضة وبعضهم أوقف القيء بتمديد عنق الرحم باصبعه . وعلى كل فيلزم تقسيم غذاء المرأة الى جملة مرات وبمقدار قليل في كل دفعة كما أنه يلزم أن تكون الاغذية مبردة لأنها تحملها عن الحارة . واذا لم يقف القيء استعملت الحقنة الشرجية المغذية والحقن تحت الجلد بالمصل الصناعي مع استنشاق الهواء النقي دائما فاذا استمر القيء حتى أضعف المرأة فلا يلزم التأخير عن احداث الاجهاض الصناعي ويحدث أيضا متى شوهد اغماء المرأة من أقل حركة أو عمل أو كانت تقاطيع الوجه متغيرة جدا أو وجدت حمى شديدة مستمرة وتجاوزت حرارتها (٣٨) درجة والنبض (١٢٠) نبضة وبالجملة فالانتظار أو عدمه أمر متعلق بنظر الطبيب وحكمه . وأما الامساك فيتسبب عنه فقد الشهية

وظواهر عصبية ربما أثرت على الرحم وأحدثت الاجهاض ولذا يلزم دفعه فى الحال بتكرار الحقن الشرجية الغروية أو الزيتية أو المحتوية على ملعقتين من الجليسرين أو بتناول المرأة زمنا فزمنا من (١٥) الى (٢٠) جراما من زيت الخروع أو من جرامين الى أربعة من المانيزيا المكلسة أو الراوند • ولاجل نجاح الحقنة الشرجية عند مقدمات الحمل يلزم أن توصل أنبوبة الحقنة بأنبوبة طويلة لاجل أن يصل طرف الاخيرة الى أعلى جزء من الامعاء الغليظة المضغوطة بالرحم وبدون هذا الاحتراس لا تصل مواد الحقنة الى الامعاء وبناء على ذلك لا يخرج الاجزء قليل من المواد البرازية أو لا يخرج شئ • وأما الاسهال فهو أندر من الامساك وهو مهيئ للاجهاض اذا استمر ولذا تلزم معالجته فى الحال بمنعها من الاغذية وتعاطيها جرعة مركبة من مغلى الارز المضاف اليه جزء من الصمغ العربى وجزء من تحت نترات البزموت وآخر من شراب بزر السفرجل • وأما اضطراب الجهاز التنفسى فينجم عن تناقص القطر العمودى للصدر مدة الحمل بسبب اندفاع الحجاب الحاجز الى أعلى الرحم كما قال بعض العلماء ويعترض عليه بأن هذا التناقص يكافأ بتزايد القطر المقدم الخلفى للصدر ولو لم يكن كذلك لحصل انفكسيا المخصل الاملوق لان الحامل تتنفس لشخصها ولجنينها ولذا كان عدد حركات التنفس متزايدا عندها مدة الحمل فتكون من (٢٦) الى (٢٨) حركة فى الدقيقة الواحدة وذلك من الشهر الثامن الى التاسع أما فى غير مدة الحمل فيكون عددها من (١٦) الى (٢٠) وتتزايد كذلك فى الشهرين المذكورين الظواهر الكيماوية للاحتراق وبناء على ذلك تخرج بهواء الزفير كمية أكثر من حمض الكربونيك عن الكمية التى تخرجها غير الحامل وحينئذ يكون عسر التنفس الذى يشاهد فى الاشهر الاخيرة ناجما عن حصول الانيميا والخلوروز لا عن مرض الجهاز التنفسى ولذا يلزم دفعه بتعاطى الادوية المرة والمركبات الحديدية والاغذية المقوية اما اذا كان العسر شديدا ناجما عن الامتلاء الدموى العمومى أو عن المزاجة فيعمل الفصد العام لانه مفيد حينئذ • وأما اضطراب الجهاز الدورى فيعد منه تناقص عدد الكرات الحمراء لدم المرأة فينزل الى (١٠٤) جرام فى (١٠٠٠) جرام من الدم بعد أن كان فى حالة غير الحمل ١٢٥ فى الالف ويحصل كذلك تناقص فى الايموجلوبين وتزايد قليل فى عدد الكرات البيضاء وفى كمية مصل الدم أيضا فيكون مقداره فى غير الحمل (٧٥١) فى (١٠٠٠) جرام من الدم أما فى مدة الحمل فيصير (٨١٧) فى الالف وكذلك يتناقص الالبومين والفبرين

لكن

لكن فى المدة الاخيرة من الحمل تتزايد الفبرين وكذلك تنقص كمية حديد الدم وبالجملة تحصل مدة الحمل انيميا كروية وامتلاء مصلى وفى آن واحد يزداد حجم القلب ووزنه ففى مدة الحمل يصل الى (٢٩٠) جراما وفى غيرها يكون من (٢٢٠) الى (٢٣٠) جراما وهذه الزيادة ناجمة عن تزايد سمك بطينيه خصوصا اليسارى منهما وتزايد هذا السمك سببه تزايد شغل القلب الناجم عن وجود دورة دموية ثالثة وهى الدورة الرحميه المشيمية فلدفع الدم الى هذه الاجزاء يضخم القلب ولذا يكون النبض مدة الحمل صلبا متزايد العدد وبسبب ضغط الاوردة الحرقفية بالرحم المتزايد الحجم تتمدد أوردة الاطراف السفلى فتظهر الدوالى وبسبب هذا الضغط وتزايد كمية مصل الدم ينفذ ماؤه خلال جدر الاوردة المتمددة الى النسيج الخلوى للاطراف السفلى . وبالجملة يوجد تارة لدى الحامل الامتلاء الدموى الحقيقى وهو نادر حتى لدى دمويات المزاج وتارة الامتلاء الكاذب وهو الاكثر حصولا فتكون الدورة العامة فى كليهما أكثر امتلاء خصوصا فى النصف الثانى من مدة الحمل وكثيرا ما تكابد الحوامل دورانا فى الرأس وغشاوة فى البصر وطنينا فى الاذنين واحمرارا فى الوجه وارتفاعا فى حرارة الجسم خصوصا فى الرأس وهذه الظواهر تحصل بغتة غالبا وكما تحصل فى الامتلاء الحقيقى تحصل كذلك فى الامتلاء الكاذب . وتدفع الظواهر الناجمة عن الامتلاء الكاذب بتعاطى الادوية المرة والحديدية واذا لزم الفصد لا يستخرج زيادة عن ثلاثمائة جرام من الدم ويعطى عقبه فى الحال المركبات المرة والحديدية والانبذة العتيقة والاغذية المقوية . وقد يوجد امتلاء موضعى رحمى يحدث عند المرأة شعورا بثقل فى أعضاء الحوض وتوتر مؤلم فى البطن السفلى وآلام قطنية وكاوية وهذا الامتلاء ينجم عن امتلاء عمومى لدى النساء الدمويات المزاج اللاتى يحضن أثناء المدة الاولى للحمل وبوجود هذا الامتلاء تضطرب دورة الجنين فتقل حركاته وتضعف وربما لا تدرك فاذا لم تعالج المرأة وقتئذ حصل لها الاجهاض فالطريقة المفيدة لمنعه هى فصد الذراع لاستخراج كمية من الدم نحو ثلاثمائة جرام كما ذكر فاذا تكررت هذه الظواهر يؤمر المرأة بحمامات خردلية يدوية أو بوضع لبخ خردلية بين كتفيها وبوضع جملة محاجم على الصدر بدون تشريط وتؤمر باستلقائها على ظهرها وبتعاطى مشروب مسهل خفيف وغذاء قليل وقد يحصل الامتلاء الموضعى لدى العصبيات وزلاليات البول فيدفع أيضا بوضع اللبخ الخردلية والمحاجم الجافة واعطاء الادوية المرة والحديدية المفيدة كثيرا حيث قال المعلم (كازو) ان تعاطى الحديد من ابتداء الحمل يمنع الاجهاض عند من

تعوّدن عليه قبل استعماله وانهن يلدن أولادا جيدى الصحة بعد ذلك ومع هذا العلاج تؤمر المرأة بالاستلقاء دواما على الظهر على كرسى مستطيل الى أن يمضى الزمن الذى كانت تحيض فيه . ومن أمراض الجهاز الدورى الدوالى وأوزيما الاطراف والبواسير وهى تنجم عن مزاحمة سير دورة الوريد الباب ودوربى الاوردة الحرقفية وهذه الظواهر وان كانت لا أهمية لها الا انه يلزم دفعها فتدفع دوالى الاطراف السفلى بعمل ضغط لطيف مستو عليها بواسطة رباط من الصوف أو بواسطة استعمال شراب من اللاستك . وتقاوم الاوزيما باستعمال الدلك . وتدفع البواسير بتعاطى الملينات واستعمال الحقن الشرجية الملينة والحمامات الجلوسية الباردة وهذه علاجات تحسينية وقد يتم شفاؤها بعد الولادة . وقد يحصل تلعب للحامل فاذا كان قليلا لا يهتم به واذا كان غزيرا يدفع بتعاطى مسهل خفيف من كبريتات الصودا أو كبريتات المانيزيا مع استعمال مضمضة قابضة أو استحلاب قطع صغيرة من الثلج أو من السكر النبات أو بتعاطى نحو ملليجرام من الاتروبين مع التصبر لانتهاء الشهر الثالث حيث يزول من نفسه بعد هذا الزمن عادة * وأما اضطراب الجهاز البولى فيعدّ منه الحصر البولى الذى يشاهد فى بعض الاحيان عند الحوامل بسبب ضغط الرحم على قناة مجرى البول . ويستعمل لدفعه تقسطر المرأة بعد تطهير القساطير . ويعدّ منه النزلات المثانية التى تعالج بالحمية اللبنية وبغسل المثانة بمحلول حمض البوريك الفاتر (٤ فى ١٠٠) وباعطاء المرأة السلول من (١) الى (٤) جرامات أو الانتيبيرين من (٢) الى (٣) جرامات فى اليوم . ويعدّ منه وجود الزلال فى البول بسبب اضطراب الدورة عندهن . وقد يكون وجود الزلال ناجما عن التهاب كلوى حقيقى مزمن (أى مرض برايت) وحينئذ يكون سابقا على الحمل . وعلى العموم كلما خرج جزء من الزلال بالبول تراكم جزء من البولينا فى الدم . وقد لا يدرك وجود الزلال فى البول الا عند بحثه ولذا يلزم دائما بحث بول الحوامل سواء كن بكريات الحمل أو متكررا ته ويكون هذا البحث إما بغليانه على النار حيث يرسب الزلال ولكن قد يكون الراسب ملحيا وحينئذ فلو أضيف له بعض نقط من حمض النتريك المدخن ذاب اذا كان ملحيا ويبقى على حاله اذا كان زلاليا وإما أن يكون البحث بوضع الحمض المذكور على البول الزلالى فيرسب زلاله لكن هنا يرسب أيضا حمض البوليك فاذا غلى على النار ذاب الراسب اذا كان من الحمض وبقى على حاله اذا كان من الزلال . وقد تعان أوزيما الاطراف السفلى بوجود الزلال فى البول ولكنها قد تكون ناجمة عن

الدوالى

الدوالى لاعن وجوده . وقد تعلن بوجود الزلال احدى الظواهر الناجمة عن التسمم البولى بالبولينا كوجع الرأس ودورانه وغطمشة البصر والكمنة والشلل والالم المعدى والانقباضات التشنجية والكوما . وهذه الظواهر اذا لم تكن ناجمة عن التغير الكلوى تزول بزوال الزلال عقب الولادة . ويدفع خروج الزلال مع البول بتدفئة المرأة وتغذيتها باللبن الحليب فقط أو بالفصد اذا ظهرت التشنجات أو الكوما * وقد يوجد فى الثلاثة شهور الاخيرة من الحمل سيلان غزير مهبلى ذو لون أبيض أو أخضر ناجم عن التهاب مهبلى مزمن بسيط حبيبى وتدرك حبوبه إما بالجس المهبلى أو بالبصر بواسطة المنظار . فاذا كان هذا السائل غزيراً أحدث اضطراباً فى الهضم وألماً معدياً عصبياً . وهذا السيلان يعالج إما باستعمال الحمامات والغسلات المهبلية المعقمة أو بالزرقات المهبلية بالماء الابيض المكون من الماء ومن تحت خلات الرصاص أو بمحلول الزنك ثم توضع عقب ذلك قطعة صغيرة من قماش رفيع عقيم أو من غاز اليودوفورم بين الشفرين العظيمين ويفعل هذا يومياً حتى تنتهى الولادة

(فى اضطراب جهاز الحركة) ـ قد يحصل للمرأة فى الاشهر الاخيرة للحمل ارتخاء فى أربطة الارتفاقات الحوضية . فاذا كان الارتخاء خفيفاً فلا ينتج عنه ألم ولا صعوبة فى المشى ولا فى الوقوف . واذا كان عظيماً نتج عنه تحرك الاسطحة المفصلية وحينئذ يصير المشى والوقوف شاقين عليها . وقد ينتج عن ذلك التهاب الاربطة وغضاريف الارتفاقات المذكورة . فمتى أدركت المرأة حركة غير اعتيادية فى مفاصلها الحوضية مع عدم الثبات فى المشى ووجود آلام فيها تؤمر باستلقائها على الظهر طول مدة الحمل بل وبعد الولادة بزمن مّا مع الراحة التامة . ثم بعد الوضع يجتهد فى رجوع الاربطة الى مرونتها الاولية باستعمال التشلشل بالماء البارد البسيط أو الملحى أو بوضع الحراقات الطيارة النوشادرية على المفاصل المذكورة أو بلف الحوض لفائف بنطاق باط عريض . وينبغى استعمال هذه الوسائط زمناً طويلا لان الشفاء هنا يكون كثير البطء ففى كثير من الاحوال لا يحصل الا بعد ثمانية أشهر أو أكثر فاذا لم تزل هذه الحركة المتعبة بعد ذلك يلزم استعمال منطقة الفولاذ على الدوام مع الاحتراس العظيم أثناء المشى

(فى الاضطراب العصبى) ـ قد يحصل عند المرأة مدة الحمل اضطراب فى القوى الحسية والميلية والعقلية ودوار وغطمشة فى البصر واغماء وتغير فى الذوق وأحياناً الكمنة والصمم

وتغير في الاخلاق وكراهة بدون سبب لاحبائها الاعزاء وعدم الهمة وحالة جنون جزئي أو تهيج شديد . ومن الحاملات من تقضي جميع أوقاتها في النوم . ومنهن من تشتكي بألم عصبي في الوجه . فاذا كان سبب هذه الظواهر فقر الدم فالوسائط التي يعتمد عليها في الشفاء هي تعاطي المركبات الحديدية والادوية المرة والاغذية المقوية مع الرياضة المنتظمة . فاذا لم تثمر هذه الوسائط تنتظر الولادة حيث يعقبها انتظام الوظائف العصبية

وقد يوجد عند بعض الحوامل أكلان شديد في الفرج فيعالج باستعمال الحمامات الفاترة المتكررة والغسلات المستمرة بماء تحت خلات الرصاص أو بمحلول بورات الصودا . والاجود من ذلك أن يغسل بمحلول حار جدا من السليماني (١) على (٥٠٠) أو (١) على (١٠٠٠) أو على (٢٠٠٠) أو على (٤٠٠٠) ويتكرر الغسل جملة مرات في اليوم والمعلم (دبوا) يوصي بمحلول مكون من الجليسرين الانجليزي (٢٠) جراما ومن الكلوروفورم (٥٠) سنتجرام ومن صبغة الزعفران (٥٠) سنتجرام أيضا لكن العلاج الاكثر قوة هو المس بنترات الفضة محلولا أو صلبا أو يذر عليه جملة مرار مسحوق مركب من الكوكايين والنشا وتحت نترات البزموت والكافور

﴿في الاكلمبسيا النفاسية﴾ قد تحصل الاكلمبسيا مدة الحمل نحو الشهر الثامن أو زمن المخاض أو في الايام التالية للولادة وأكثر ظهورها يكون عند بكريات الولادة الصغيرات السن مدة المخاض خصوصا زمن تمدد فتحة عنق الرحم . اما اذا ظهرت بعد الولادة فيكون ذلك عقبها ببضع ساعات غالبا أو أثناء الاربعة أيام التالية . وحصول الاكلمبسيا يقل في الحمل الثاني ويندر في الثالث كما يندر عند المتقدمات في السن وان كن بكريات . ثم ان الاكلمبسيا تضاعف البول الزلالي فتارة يسبقها وتارة يظهر معها ولكن ليس كل مصابة بالبول الزلالي تصاب بالاكلمبسيا لانه لا توجد الا واحدة تصاب بها في خمس من المصابات بالبول الزلالي

﴿التغيرات التشريحية﴾ اذا فتحت جثة من ماتت بالاكلمبسيا فقد توجد تغيرات الالتهاب الكلوي ويوجد الكبد والطحال محتقنين والرحم محتويا على جلط دموية والمبيض محتويا على بورات نزفية والمخ محتقنا ومحتويا أحيانا على بورات نزفية أيضا أو مصابا بالاوزيما أو يوجد استسقاء بطيناته والدم يكون ذا لون بنفسجي ومحتويا على كمية مختلفة المقدار من البولينا أو من كربونات النوشادر الناجم من تحليل البولينا . و بسبب هذه التغيرات يلزم اعتبار الاكلمبسيا عرضا تسمميا أكثر من اعتبارها عرضا عصبيا

﴿أعراض

﴿أعراض الاكلبسيا﴾ يندر أن تميت الاكلبسيا فى مبتدئها الحامل فى الحال متى كان الطبيب مباشراً أحوالها دائماً بحيث لا يتأخر عن العلاج متى ظهر الزلال فى البول واصطحب بالدوار وحصل اضطراب البصر وألم الدماغ والالم المعدى وعسر التنفس وحصول النعس لان جميع ذلك يعلن بالتسمم * وتتكون النوبة الاكلبسية من ثلاثة أدوار دور الهجوم ودور التشنج التخشبى ودور الانثناء والبسط . فالدور الاول يبتدئ بانقباض عضلات الوجه وثبات المقلة وتباعد الاجفان عن بعضها ثم يعتريها انقباضات تشنجية متوالية فتتقارب وتتباعد وهكذا ثم تتحرك المقلة تحركاً تشنجياً فتتجه الى أعلى وتختفى القرنية أسفل الجفن العلوى بحيث لا ترى الا الصلبة وتتباعد وتتقارب أجنحة الانف وتتشنج وتنقبض الشفتان وأحياناً تتجه احدى زاويتى الفم الى أعلى أو الى الخارج وتنقبض الالياف العضلية للسان فيهتز ويميل الرأس الى اليمين والى اليسار بالتوالى وأخيراً تتجه نحو اليسار وتقف ثابتة نحو ربع ساعة وبالجملة فهذه التشنجات المتوالية أو المقارنة لبعضها تنقضى فى نصف دقيقة الى دقيقة . والدور الثانى تتجه فيه الرأس فجأة الى الخلف ويتخشب الجزع وتنبسط الاطراف وتتخشب أيضاً ويقف التنفس ويصير الوجه مزرقاً واذا وجد اللسان بين الاسنان صار منضغطاً بينها بقوة فيتمزق وحينئذ يسيل من الفم لعاب مدمم ثم عقب (١٥) ثانية من هذا الدور يبتدئ الدور الثالث وفيه تصير جميع عضلات الوجه فى انقباض وبسط متواليين وتدور المقلة داخل الحجاج ويصير لون الوجه أحمر بنفسجياً منتفخاً عظيم الحجم كوجه الغريق وتلتوى الاطراف فى كل جهة ويندر تنقل الجزع ويصير التنفس غير منتظم ويخرج المخاط من الفم بالزفير ويعود بالشهيق وترتفع حرارة الجسم الى (٤٠) أو (٤١) . وهذا الدور يستمر نحو ثلاث دقائق الى خمس وبعد انتهائه قد تفيق المرأة شيأ فشيأ بدون أن تشعر بما حصل لها . وأحياناً يعقب هذا الدور تنفس كوماوى يتقطع بنوب تشنجية تارة ينتهى بالموت وتارة تستيقظ منه شيأ فشيأ بعد مضى بضع ساعات ثم يعقبه الشفاء . ويختلف عدد النوب التشنجية للاكلمبسيا فاذا كانت متباعدة عن بعضها فقد لا تتكرر الا مرتين أو ثلاثة وقد تكررت عند بعض النساء نحو مائتى مرة مع التخلل بفترات قصيرة تمكث بضع دقائق الى بضع ساعات وفى العادة تكون النوبة الاولى قليلة الشدة قصيرة المدة لا تزيد عن دقيقة واحدة وتكون النوبة الثانية مزعجة طويلة الشدة ومدتها تختلف من خمس دقائق الى سبع

* والاكلمبسيا عرض مميت للمرأة والجنين أيضا متى كانت نوبها متتابعة بدون فترة ولكن اذا بعدت عن بعضها وقلت شدتها وصارت حرارة الجسم طبيعية ربما أعقب ذلك تحسين حالهما وفى العادة يموت من الاجنة (٣٢) فى المائة . وتتميز نوب الاكلمبسيا عن نوب الاستيريا بفقد الادراك فيها فقدا تاما وبانقباض عضلات البسط . ويمكن تجنب ظهور الاكلمبسيا اذا استعملت المرأة الغذاء اللبنى فقط من ابتداء ظهور الزلال فى البول واستمرت على ذلك ثلاثة أشهر اما اذا ظهرت وكانت نوبها خفيفة متباعدة فتعطى الادوية المسكنة واذا كانت قوية متقاربة يلزم الاسراع فى اخراج الجنين والخلاص بالصناعة . وفى أثناء النوبة يلزم الطبيب المحافظة على المرأة من ان تضر بنفسها فيجنبها عض لسانها بأن يضع شيأ بين الاسنان يبعد الفكين عن بعضهما ويستفرغ البول من المثانة ان وجد . وفى اثناء الفترة يفعل للمرأة حقنة شرجية منظفة مكونة من (٢٥٠) جراما من الماء ومن قبضة من ملح الطعام ثم يفعل عقب ذلك ربع حقنة شرجية محتوية على (٢) الى (٣) جرامات من الكلورال الايدراتى ويمكن الزيادة عن ذلك بالتدريج الى (١٢) جراما فى (٢٤) ساعة بحسب شدة النوب وخفتها . واذا وجدت الكوما استعمل الفصد العام لاستخراج كمية من الدم تختلف بحسب قوة المرأة وضعفها أو توضع عشر علقات الى (١٢) خلف كل اذن ولبخ خردلية على الاطراف السفلى ومثانة مملوأة بالثلج على الرأس أو رفائد مبتلة بالماء البارد اذا لم توجد المثانة . فمتى أمكن المرأة الازدراد يعطى لها شراب الايتير أو الكلورال الايدراتى من (٤) الى (٥) جرامات مع (١٠٠) جرام من الماء أو يعطى لها شراب المورفين فى منقوع الزيزفون . وبالجملة فجميع هذه الوسائط ربما لا تفيد فالاولى من ذلك كله الاسراع فى اخراج الجنين والخلاص

《فى سقوط الرحم》 - من المعلوم أن نزول الرحم بل سقوطه الكامل لا يمنع تلقيح البيضة ولا ينتج عنه أدنى عارض كما ثبت ذلك بالمشاهدة وفقط يلزم أن تؤمر المرأة باستلقائها على ظهرها مدة الاربعة الاشهر الاول وأشار بعضهم أنها تستعمل مع الاستلقاء اما وضع فرزجة هوائية أو اسفنجة فى المهبل طول هذه المدة . وقد يلتجئ الطبيب لان يأمرها بالاستلقاء طول مدة الحمل فاذا كانت مجبورة على القيام تستعمل علاقة صلبة جيدة الصناعة

《فى الميل الخلقى للرحم》 - الميل الخلقى للرحم الممتلئ ليس نادر الحصول عند

الاتى

اللاتى بهن انحناء كثير فى العجز يتسبب عنه اتساع التجويف الحوضى وضيق المضيق العلوى وكثرة بروز الزاوية العجزية الفقرية وهذا الميل تارة يحصل تدريجيا وتارة يحصل دفعة واحدة . ففى الحالة الاولى يقف قاع الرحم تحت الزاوية العجزية الفقرية فى آخر الشهر الثالث من الحمل عوضا عن أن يخرج من المضيق العلوى ليصل الى البطن فينتج من ذلك احساس للمرأة بثقل فى تجويف الحوض وعسر فى التبرز والتبول . فاذا استمر الرحم فى هذا الوضع على الموشوهد فى الحال أن العوارض تأخذ شيأ فشيأ ثقلا آخر فتحصل آلام شديدة كما يحصل فى كل اختناق وأعراض التهاب شديد واحتباس كامل فى المواد الثفلية والبولية وقىء وضيق فى التنفس لا يطاق ثم يكون الاجهاض محتما . وأما فى الحالة الثانية فالرحم الذى تجاوز المضيق العلوى نحو ابتداء الشهر الرابع ليصعد الى البطن السفلى ينقلب فجأة الى الخلف عقب سقطة على المقعدة أو من حصول مجهود عنيف لرفع شئ ثقيل أو من رجة عنيفة ناشئة عن سعال أو عطاس أو قىء أو نحوها فقاع الرحم يصير أسفل الزاوية العجزية الفقرية ويبقى فيها مسوكا ومن ذلك يحصل ظهور العوارض المذكورة انما تكون هنا ذات سير سريع كما يحصل فى كل اختناق حاد . فاذا لم يحصل اجهاض ولم يمكن رد الرحم لموضعه ينتهى الالتهاب بالغنغرينا فينجم عنها هلاك المريضة ولذا كان انذار الميل الخلفى للرحم فى حالة الحمل كثير الخطر دائما فلمعالجته تعمل أولا تجربة رد الرحم ولاجل ذلك يبتدأ بتفريغ المثانة بواسطة القسطرة وتفريغ المستقيم بفعل حقنة شرجية ذات أنبوبة شرجية مرنة طويلة طرفها السائب يمكنه أن يمر الى أعلى النقطة المنضغطة للامعاء الغلاظ ثم بعد ذلك توضع المريضة على حافة سريرها كما فى حالة بحثها بالمنظار ويجذب عنق الرحم الى أسفل جهة تقعير العجز بواسطة الاصبعين الداخلين فى المهبل من اليد اليسرى وفى آن واحد يدخل الطبيب اصبعين من اليد اليمنى أو القضيب الدافع للمعلم (افرات) ويدفع قاع الرحم جهة مركز المضيق العلوى . والمعلم (جوتفرو) اقتدى بالمعلم (هونتر) وبالمعلم (بوابيه) فى خصوص تخليص قاع الرحم من ثقل الاحشاء البطنية ليسهل رد العضو وعقب ذلك فأمر بوضع المرأة على بطنها بالعرض على سرير ضيق تكاد جبهتها تلامس الارض قبل الوصول الى عمل الرد الذى هو فى الجملة عين ماذكر آنفا ونجح فى عدة أحوال صعبة من هذا القبيل والاقتداء به مفيد فى هذه الحالة ومع ذلك نوصى قبل وضع المرأة وضعا متعبا كهذا بتجربة وضعها على قوائمها الاربع أى على ركبتيها

ومرفقيها . وعلى كل فالاجهاض لابد منه بسبب هذه الافعال لكن لا يكون خطره كخطر الاختناق الالتهابى للرحم ولذا يلزم احداثه بمجرد علم استحالة رد الرحم ويكون احداث الاجهاض ببط البيضة بآلة نازلة من خلال الجزء السفلى للرحم من الخلف قريبا من قاعدة العنق وبعد البط ينتظر قذف المضغة وبعد الرد اذا أمكن فعله تحفظ المرأة على فراشها فى راحة تامة الى انتهاء الشهر الرابع مع تجنبها فعل كل مجهود يمكن أن يحدث الميل ثانيا فلذا يلاحظ عدم اصابتها بالزكام خوفا من السعال أو العطاس وكذا لا تفعل مجهودات عند التبرز أو التبول ومتى كان الحمل فى آخر الشهر الخامس ولم يمكن رده اكتسب الرحم حجما يمنع اعتداله ورجوعه الى حالته الطبيعية وعلى ذلك تصير الاحتراسات كلها غير مفيدة وكذلك اذا وجد انثناء خلقى للرحم الممتلئ واستمر الى نهاية الشهر الثالث فمن الواضح أنه يحدث العوارض التى أحدثها الميل الخلقى انما يتأخر عنه حصول الاختناق بقليل فان العضو بسبب انثنائه يحتاج لوضع يتمكن فيه على حسب طوله . وأما رده فيكون عسرا لان الرحم يكون قليل الميل الطبيعى للانتصاب

﴿فى النزيف الرحمى مدة الحمل﴾ — النزيف الرحمى الذى يحصل عند الحامل يكون فى العادة ظاهريا . وقد يكون باطنيا . فالظاهرى هو الاكثر حصولا . وأسبابه إما مهيئة أو متممة . فالمهيئة هى أحوال مرضية للرحم وتأثيرها يحصل بالاخص فى الثلاثة الأشهر الأول اذ فى هذا الوقت لم يزل الرحم متعودا على الاحتقان الطمثى والغشاء الساقط يكون عبارة عن كتلة رطبة قليلة التعضون كثيرة الاوعية ولذا كثيرا ما يحصل النزف ثم الاجهاض فى أوقات الطمث . ومن الاسباب المهيئة للنزيف أيضا اندغام المشيمة على عنق الرحم لكن هذا النزيف لا يحصل الا فى الثلاثة الاشهر الاخيرة من مدة الحمل . والاسباب المتممة هى الانفصال الفجائى لمحصل العلوق عقب سقطة أو هزة عنيفة أو ضربة على البطن أو شغل شاق أو انزعاج شديد أو رجة عقلية عظيمة أو الغيظ أو الحمام العام الكثير الحرارة أو البرودة أو حمام الاقدام المفعول بدون احتراس أو عقب حصول خطوة كاذبة . ومن الاسباب المتممة للنزيف أيضا فى الاشهر الاول لبس المنطقة الصدرية البطنية الكثيرة الانضمام والافراط فى الوطء فالمنطقة تعوق الدورة فيحصل احتقان رحمى ثم نزيف . والوطء يزحزح الرحم مباشرة فينفصل كيس محصل العلوق فيحصل النزيف . أما السبب المتمم للنزيف الذى يحصل من الاندغام المعيب للمشيمة فهو تمدد عنق الرحم فى المدة الاخيرة للحمل

(في النزيف الباطني) - النزيف الباطني الذي يحصل مدة الحمل يكون داخل نسيج المشيمة أو بينها وبين الرحم . ففي الحالة الاولى تكون المشيمة مرصعة ببورات سكتية مختلفة الاطوار . فبعضها يكون محتويا على دم سائل حديث الخروج وبعضها على جلط متجمدة متوسطة العهد والبعض الآخر على مادة ليفية صلبة قديمة العهد . وقد توجد بورات متسعة مكونة من عدة طبقات من الدم . والمعلم (دبوا) شاهد مشيمة ذات تجويف محتوعلى قطعة من الدم في حجم بيضة الدجاجة الرومية . وهذا النزيف كان كافيا في موت الجنين الذي خرج خاليا من الدم . وفي الحالة الثانية التي يكون النزف فيها بين المشيمة والرحم قد يكون هذا النزف مميتا فان المعلم (ليفوس) شاهد موت امرأة فجأة عند انتهاء مدة الحمل فلما ندب للبحث عن سبب موتها وجد دائرة المشيمة ملتصقة بالرحم وما عداها منفصلا ومكونا التجويف متسع ممتلئ بالدم * والازفة الرحمية الظاهرة أقل خطرا من الباطنية ماعدا النزيف الظاهري الحاصل من الاندغام المعيب للمشيمة فانه متى كان غزيرا أضر بالمرأة وبتحصل العلوق لانه ينجم عنه الموت في أغلب الاحوال

وتعالج الازفة الظاهرة بوضع المرأة على ظهرها مرتفعة المقعدة براحة تامة مع وضع المكمدات الباردة على البطن السفلي وأعضاء التناسل الظاهرة وعمل حقنة شرجية مكونة من (٢٠) الى (٣٠) نقطة من اللودانوم في (٥٠) جراما من الماء البارد وحقنة تحت الجلد بالمورفين مع اعطاء الليمونات المعدنية أو عمل زروقات مهبلية حرارتها نحو (٤٥) درجة . واذا خيف على حياة المرأة استعمل السد المهبلي وان كنا نرفض استعماله الا اننا نشرح فعله للاستفادة ليس الا

(في السد المهبلي) - يحضر لاجل فعل السد المهبلي أولا من (١٠) الى (١٥) كرة من القطن العقيم البوريكي ومثلها من الصوفان الطري المعقم أيضا بحيث تكون كل كرة منها في حجم الابهام تربط من وسطها بخيط طويل عقيم أطرافه تبقى خارج الفرج لجذبها عند اخراجها . وثانيا كرات أخرى من القطن أو الشاش العقيمين البوريكيين تربط أيضا بدون أن يترك للخيط اطراف . وثالثا كتلة غليظة من القطن أو الشاش العقيمين البوريكيين . ورابعا جس أوست رفائد مستطيلة عقيمة . وخامسا رباط تائي عقيم . ومتى أحضر ذلك جميعه توضع المرأة على طرف سريرها عرضا وتستفرغ

مثانتها وتطهر أعضاء تناسلها ثم يؤخذ منظار اسطوانى معقم مدهونا بفازلين بوريكى أو سليمانى ويدخل فى المهبل ثم تخرج منه سدته ثم يوجه فى باطن المنظار نافورة حقنة محتوية على ماء مطهر بارد لاخراج الجلط الدموية من المهبل حتى يصير عنق الرحم نظيفا جدا فحينئذ تضبط كرة من المكرات الاول بجفت طويل معقم وتغمس فى محلول مركز من فوق كلورور الحديد ثم تعصر نوعا ثم تدهن بالفازلين البوريكى أو السليمانى وتوضع فى عنق الرحم ان أمكن أو فى فتحته بالتحكيم لانها تكون مفتوحة قليلا فى مثل هذه الحالة ثم تحاط هذه الكرة بأربع كرات أو خمس أخر مغموسة أيضا فى محلول فوق كلورور الحديد بحيث يملأ قاع المهبل ثم يدخل أربع كرات أو خمس جافة ثم أربع أو خمس قطع من الصوفان ثم أربع أو خمس كرات جافة وهكذا على التوالى حتى تمتلئ ثلاثة أرباع المهبل وبعد ذلك تستعمل كرات مغموسة فى الزيت الأكاليبتوس أو مدهونة بالفازلين البوريكى أو السليمانى بدون خيط لاتمام امتلاء المهبل وعند الوصول الى الفرج يثبت الجميع بالكتلة الغليظة والرباط الثانى فاذا وضع الجهاز بهذه الكيفية منع الدم منعا كليا ولذا امكن الطبيب الانصراف عن المرأة مع الاطمئنان وعلى العموم لا ينبغى رفعه الا بعد عشر ساعات أو اثنتى عشرة من وقت الوضع مالم يطرأ طارئ كالاحتياج الشديد للتبول فحينئذ يرفع ثم يوضع ثانيا بعد تفريغ المثانة . ويرفع أيضا متى حصلت الآلام القاذفة الشديدة فالسد المذكور حينئذ له منفعتان احداهما ايقاف النزيف والثانية سرعة انقذاف متحصل العلوق لكن اذا كان النزيف غزيرا ويخشى منه على حياة الام وكانت فتحة عنق الرحم متمددة تمددا كافيا لادخال يد الطبيب فيلزم ادخالها فى الرحم واخراج الجنين بالتحويل القدمى أو بجفت الولادة لكن المفضل هو عمل التحويل لانه يستدعى زمنا قليلا وعاقبته جيدة متى كان الطبيب ماهرا متمرنا

﴿فى أمراض الحامل غير الناجمة عن الحمل﴾ — تنقسم الامراض غير الناجمة عن الحمل الى أمراض تستدعى أعمالا جراحية والى أمراض عمومية . فالامراض التى تستدعى لشفائها أعمالا جراحية يلزم تأخيرها الى ما بعد الولادة اذا أمكن لان عملها يفتح بابا لدخول الميكروبات العفنة المولدة للامراض فى بنية الحامل فتضر بها وبمتحصل العلوق أيضا . وقد ينشأ عن هذه الاعمال تنبيه وانقباض للرحم فيحصل الاجهاض . واذا كانت أعضاء التناسل هى مجلس هذه الاعمال الجراحية نتج عن عملها نزيف غزير بسبب عوق الدورة الحوضية فمتى كان الورم لا يزاحم نمو متحصل العلوق ولا يمنع خروجه زمن الولادة من

الطريق

الطريق الاعتيادى فالافضل تأخير الاعمال الجراحية الى ما بعد الولادة أما اذا كان مزاحما النموه أو عائقا لخروجه زمن الولادة و يمكن عمله فلا ينبغي تأخير العمل فمثلا اذا كان ذلك كيسا مبيضيا فيلزم بطه أو فتح البطن ثم استئصاله * والامراض العمومية إما تعفنية أو تسممية . والتعفنية اما حادة أو مزمنة . فالحادة تؤثر على الجنين بارتفاع حرارتها وبجراثيمها العفنة . فمتى وصلت الحرارة الى (٤٠) درجة مات الجنين أو صار معرضا للموت ثم يعقب ذلك الاجهاض . ومن هذه الامراض الحصبة وهى نادرة المشاهدة زمن الحمل فاذا حصلت نجم عنها موت الجنين ثم الاجهاض كما تقدم . ومنها القرمزية وهى نادرة أيضا وقد تظهر فى الايام التالية للولادة حتى ان بعض العلماء ظن دخول جرثومتها فى بنية الام قبل الولادة ولكن امتد دور تفريخها الى ما بعدها وعلى كل فمتى دخل ميكروبها فى بنية المرأة مدة الحمل نتج عنه الاجهاض ثم الطفح فى الايام التالية له . ومنها حمرة الوجه فاذا حصلت مدة الحمل نتج عنها الاجهاض وان حصلت بعد الولادة نتج عنها التعفن النفاسى . ومنها الجدرى فان كان قليلا فلا يؤثر على متحصل العلوق وان كان مختلطا نتج عنه الاجهاض . وقد يستمر الحمل على سيره بدون أن يصاب بشئ من الجدرى فيعتبر كأنه ملقح له وقد يصاب به ثم يولد موشحا بالطفح . ومنها الحمى التيفوسية والتيفودية وبهما يحصل الاجهاض غالبا ولذا كان انذارهما خطرا على المرأة والمتحصل ووجود الحمل لا ينوع المعالجة اللازمة لهذين المرضين . ومنها الروماتزم المفصلى العمومى الحاد الذى به يصاب الجنين كذلك واذا كانت الاصابة فى الايام الاخيرة للحمل ظهر المرض فى الطفل عقب ولادته ببعض أيام تبعا لزمن التفريخ كما شوهدت ذلك . والامراض المزمنة منها الملاريا ونوبها المتقطعة نادرة المشاهدة مدة الحمل أما عقب الولادة فتشاهد كثيرا ووجودها لا يزيد الحالة النفاسية خطرا اذا تحقق ان النوب ناجمة عن الملاريا لا عن التعفن النفاسى أما اذا ظهرت النوب مدة الحمل فان انذارها غير جيد على متحصل العلوق لانه يحصل الاجهاض كما هى القاعدة فاذا لم يحصل وخرج الجنين بالولادة الطبيعية حيا كان ضعيف البنية لكن لم تظهر عنده النوب وتعالج حمى الملاريا اذا ظهرت نوبها مدة الحمل بدون التفات لمتحصل العلوق وذلك باعطاء المرأة سلفات الكينين اما اذا ظهرت بعد الوضع فيعطى الطفل لمرضعة ترضعه مدة العلاج لان الكينين تمر مع اللبن فتضر به . و بعضهم لم يجز اعطاء الطفل للمرضعة وقال انه يؤمن الضرر اذا كانت كمية الكينين قليلة بحيث لا تزيد عن (١٠) أو (١٥) سنتيجرام وكان

تعاطيها زمن الاكل وفرغ الثدي بعد ثلاث ساعات من التعاطي قبل ان ترضع الطفل منه . ومن الامراض المزمنة الزهري فتارة يكون المصاب به الرجل وتارة المرأة وتارة هما معا فاذا كان المصاب الرجل فقط ثم حصل العلوق قبل الشفاء منه أصيب متحصل العلوق به غالبا بواسطة الحيوانات المنوية و بدون أن يعدي المتحصل أمه . فاذا حصل الشفاء للرجل منه قبل العلوق لا يصاب به المتحصل . واذا كانت المصابة الام فقط وكانت الاصابة قبل العلوق أو في اثناء الستة الشهور الاول أصيب المتحصل حتما حيث ان البويضة المكونة له زهرية . اما اذا لم تصب الا في انتهاء الحمل فقد لا يصاب المتحصل . واذا كان الرجل والمرأة مصابين فلا شك في اصابة المتحصل لكون كل من الحيوانات المنوية والبويضة مصابا وانذار هذا المرض خطر عليه لانه ينجم عنه الاجهاض في الشهر السابع تقريبا ثم ان ظهور هذا المرض في المتحصل تارة يكون مدة الحياة الرحمية وتارة زمن الولادة وتارة بعدها ببضع أسابيع . وعلامة كون الجنين مصابا به ان تكون الرأس غليظة في أغلب الاحوال ضيقة القطر الجداري المزدوج والجبهة بارزة والوجه غليظا أحيانا وكثيرا ما يوجد استسقاء دماغي وطفح بسور يازس في راحة اليدين وأخمص القدمين وفقاعات بنفسجوسية في الوجه المقدم للساقين و يكون الكبد متغيرا خلويا والرئتان اسكلوروزيتين والعظام لينة منتفخة هشة . وقد تولد الاطفال في حالة يظن معها الصحة لكنها تموت بعد زمن يختلف من ثلاثة أشهر الى سنة وكثيرا ما تكون المشيمة اسكلوروزية وبها التصاقات غير عادية

في واجبات الطبيب اذا أصيب الرجل بالزهري قبل زواجه يلزم الطبيب أن ينصحه بعدم الاقدام عليه حتى يشفى ثم يتزوج بعد مضي أربع أو خمس سنوات من شفائه بالمعالجة الجيدة التي يلزم استمرارها نحو ثلاث سنين . واذا حصل هذا المرض بعد الزواج يمنع من الوطء حتما سواء بزوجته أو بغيرها الى أن يشفى كما تقدم . واذا أصيبت المرأة قبل الزواج أو بعده فكذلك يلزم معاملتها بمثل ما عومل به الرجل . فاذا أصيبت مدة الحمل لزمت معالجتها . واذا أصيبت مدة الولادة يلزم الطبيب أن يحترس على الطفل وعلى نفسه من العدوى فاذا انجامنها الطفل يرضع من امرأة سليمة . ومن الامراض المزمنة البول السكري وهو خطر على المرأة وعلى متحصل العلوق كما أن حصول الحمل يزيد خطر البول السكري . وقد يظهر هذا البول مدة الحمل ثم يزول عقبه * وأما الامراض التسممية فنها التسمم الرصاصي وهو خطر على متحصل العلوق وان كان خفيفا ومنها التسمم الكؤولي

وهو

الكلوى وهو خطر على المتحصل فانه ينجم عنه الاجهاض . ومنها اليرقان فاذا كان خفيفا وناجا عن احتقان كبدى بسبب الحمل لا يكون خطرا على المرأة لكن قد يكون خطرا على متحصل العلوق . أما الحمى الصفراء المسماة باليرقان الخطر فهى خطرة عليهما . ومنها المغص الكبدى وهو غير خطر عليهما اذا عولج بالمسكنات وبمياه فيشى . وقد تصاب الحامل بالتهاب شعبى قد ينجم عن نوب سعاله الاجهاض فتلزم معالجتها بدون التفات الى متحصل العلوق . وقد يحصل التهاب رئوى للحامل وهو خطر على متحصل العلوق فتلزم المعالجة بدون التفات الى المتحصل أيضا . وقد يحصل التهاب بلوراوى وهو غير خطر على المتحصل فتلزم المعالجة بدون التفات اليه . وهذه الامراض تضعف المرأة فلذا تلزم مساعدتها زمن الولادة بالصناعة . ومنها الدرن الرئوى وهو يؤثر تأثيرا مضرا على المتحصل فتارة يميته و يحصل الاجهاض وتارة يستمر على سيره ثم يولد ولكن يكون ضعيف البنية ثم يظهر عنده هذا المرض فى الغلافات المخية زمن الطفولية الاولى أوفى رئتيه زمن الشبوبية . وقد يؤثر الحمل على هذا المرض فيسرع سيره عند المرأة . وقد تموت المصابة بهذا المرض مدة حملها اما عقب اضمحلال صحتها أو عقب أنزفة رئوية صاعقية . وقد تموت عقب الخلاص فاذا عاشت بعده كانت صحتها غير جيدة . وكلما حدث حمل للمصابة بهذا المرض قربها الى انتهاء الحياة * يجب على الطبيب أن يمنع المرأة المصابة بهذا المرض من الزواج لانه مضر بها و بنسلها . فاذا تزوجت لزم منعها من العلوق لانه مضر بها و بمتحصله فاذا حصل العلوق لا يلتفت اليه وتعالج بما يوافق حالتها واذا ولدت يرضع الطفل من مرضعة سليمة *ومن الامراض الموضعية أمراض القلب فكثيرا ما يكون الحمل سببا لحصول التهابات قلبية باطنية ولو وجدت قبل الحمل تغيرات فى الصمامات القلبية خصوصا ضيق الصمام الاذنى البطينى اليسارى تزايدت هذه التغيرات بسبب الحمل ونجم عنها الاجهاض غالبا فاذا لم يحصل ثم حصلت الولادة كان الطفل ضعيف البنية . وكما أنه ينجم عن هذه التغيرات الاجهاض قد ينجم عنها موت المرأة غالبا * وينبغى للطبيب أن يمنع المصابة بالامراض القلبية من الزواج فاذا أصيبت بها بعده لزم منعها من العلوق فلو حصل ثم ولدت لزم منعها من الارضاع حيث قال المعلم (بيتر) لا زواج للمصابة بهذه الامراض ولا حمل اذا تزوجت ولا ارضاع اذا ولدت . ثم ان هذه المصابة يلزم منعها مدة الحمل من تعاطى الشاى والقهوة و يجب أن تعطى اللبن

و بزوموراالبوتاس — يوم و يودوره فاذا قرب انتهاء الحبل وكانت سائتها اخطر فلزم ان تفعل لها الولادة المعجلة الصناعية

(في الامراض المتعلقة بمتحصل العلوق) — تنقسم هذه الامراض الى ثلاثة أقسام أمراض الغلافات وأمراض المشيمة وأمراض المتحصل

(في أمراض الغلافات) — من الغلافات الأمنيوس وأكثر أمراضه الاستسقاء وهو عبارة عن وجود كمية من الماء زائدة عن (١٠٠٠) جرام في باطن الامنيوس وهذا المرض نادر لانه يحصل مرة في كل مائة حمل . وأسبابه كل ما يعوق دورة متحصل العلوق أو دورة المرأة . فمن الاسباب التي تعوق دورة المتحصل اصابته بالزهري لانه يحدث تغيرا في كبده وفي المشيمة أيضا . ومنها عيوب تكون أعضاء المتحصل . ومنها وجود توأمين ذوي دورتين مخالفتين لبعضهما في الاتجاه لانهما يعوقان سير بعضهما . ومن الاسباب التي تعوق دورة المرأة اصابتها بالامراض العضوية القلبية والكلوية وغيرهما ولاسيما اصابتها بالزهري سواء كان مكتسبا أو وراثيا . وعلى العموم لا يشاهد الاستسقاء الامنيوسي قبل الشهر الرابع أو الخامس وعادة يكون حصوله تدريجيا وحينئذ لا يكون خطرا على المرأة غالبا الا انه يحدث عسرا في التنفس وأحيانا يحرض الانقباضات الرحمية التي ربما نتج عنها الاجهاض فاذا لم يحصل واستمر الحمل ربما نجم عن ذلك مجيء معيب وقت الولادة ونحو في الرحم . أما اذا حصل الاستسقاء فجأة فيكون خطرا على المرأة لانه ينجم عنه عسر خفاني في التنفس يميت المرأة ان لم يتدارك الطبيب علاجه في الحال . ويعرف الاستسقاء الامنيوسي بكبر حجم البطن كبرا عظيما مبكرا وعسر التنفس المبكر أيضا وادراك الطبيب موجة السائل المتنقلة بالقرع اذا وضع احدى يديه على جهة من البطن ثم قرع باليد الاخرى الجهة المقابلة لها . وقد لا يمكن سماع ألغاط قلب الجنين بسبب كثرة تحركه وكثرة كمية السائل الفاصل له عن جدر بطن المرأة الموضوع عليها السماع . واذا فعل الطبيب الجس المهبلي أدرك ان الرحم أكثر ارتفاعا بالنسبة لزمن الحمل . وقد تتمدد فتحة عنق الرحم قبل أوان تمددها الطبيعي فيبرز جيب المياه و يصير عرضة للتمزق و بخروج السائل قد يسقط معه الحبل السري . وقد يلتبس الاستسقاء الامنيوسي بالحمل التوأمي و باحتباس البول المصحوب بميل الرحم الى الخلف و بالحمل الضاعف بوجود كيس مبيضي أو ورم ليفي رحمي . اما الحمل التوأمي فيعرف بقلة كمية السائل الامنيوسي و بسماع نقطتين قلبيتين

ووجود

ووجود طرفين صلبين مستديرين هما الرأسان . واما احتباس البول فيعرف بادخال القساطير في المثانة . والحمل المضاعف بكيس في المبيض يعرف بانفصال الكيس عن الرحم والمضاعف بورم ليفي يعرف بوجود ورم صلب مجاور للرحم * واختلف الاطباء فيما يلزم للصابة بالاستسقاء الامنيوسى . فمنهم من يوصى المرأة باتباع حمية قاسية مع استعمال الحمامات الباردة ومدرّات البول والمعرقات مدة الحمل ولكن كل هذا غير مانع من تزايد كمية السائل واحداثها للانقباضات الرحمية والاجهاض . ومنهم وهو المعوّل عليه الآن من يوصى ببط كيس الجنين ويكون ذلك امامن فتحة عنق الرحم أومن الجزء السفلى لجسم الرحم . ففي الحالة الاولى يفعل البط بالمجس ذى السهم الحاد الطرف للمعلم (ميسبر) . وفي الحالة الثانية يفعل بالآلة البازلة نمرة (٢) أو (٣) من جهاز المعلم (بوتين) أو المعلم (ديولفوا) ويكون استفراغ السائل بواسطة الجهاز نفسه . فاذا اريد استعمال المجس ذى السهم الحاد الطرف ببط الكيس الامنيوسى أعلى عنق الرحم ما أمكن اذ بذلك لا يخرج الا الجزء الزائد من الماء الامنيوسى ثم بعد البط تحفظ المرأة الوضع الافقى الظهرى مع الراحة التامة وملازمة الحمية ويترك الجنين ونفسه وكذلك اذا بط الكيس من جسم الرحم يلزم أيضاً أن يكون ذلك في جزئه المقدم أعلى العنق وبعد استخراج الجزء الزائد تؤمر المرأة بحفظ الوضع الظهرى كما سبق . وأما اذا كان الحمل قريب الانتهاء فتفعل الولادة المعجلة انما يجتهد المولد في منع خروج السائل بسرعة وذلك بوضع اليد على فتحة جيب المياه والضغط عليها خفيفاً ويفعل ذلك أيضاً في حالة ما اذا حصلت الولادة المعجلة الذاتية . ومن الغلافات الغشاء السلائى وأكثر أمراضه استسقاءه خلة فينجم عنه تكون أورام صغيرة في نسيجه شبيهة بالاكياس الديدانية وحينئذ يقذف الرحم بعد بضعة أشهر من الحمل كتلة غليظة من أغشية سميكة سطحها الظاهر مرصع بعدد عظيم من حويصلات شفافة يختلف حجم كل واحدة منها من حجم بزرة تونة الى حجم بيضة دجاجة صغيرة وتكون موضوعة بجوار بعضها متصلة بعنيقات خيطية كحبوب العنب في عنقوده وقد يوجد في سطح هذا النسيج بعض اجزاء سميكة من الغشاء الساقط ملتصقة به . وفي العادة أن متحصل العلوق يموت ويذوب ويمتص حتى لا يبقى له أثر اذا كان ابتداء التغيير من الشهر الأول وقد لا يذوب فيوجد ميتاً داخل الكيس أو يبقى حياً الى انتهاء المدة ولكن هذا نادر جداً ويقال ان المعلم الشهير (بكلار) ولد بحالة مماثلة لهذه . ثم ان استسقاء خلة السلى

يعرف بازدياد حجم الرحم واسترخاء نسيجه بحيث ينبعج بالاصبع اذا ضغط به ولا تدرك هذه الرخاوة اذا اصطحب هذا الاستسقاء بالاستسقاء الامنيوسي ويعرف أيضا بنزيف رحمي متكرر وانقذاف كتل حويصلية بعضها يخرج في غالب الاحوال مع دم الانزفة وقد لا يخرج من هذه الحويصلات شيء فيصعب التشخيص . وفي يوم ما يعقب النزيف انقباضات رحمية تقذف كتلة كبيرة من نسيج وأغشية سطحها الظاهري مكون من الحويصلات المذكورة وهذا الانقذاف هو اجهاض لانه لا يوجد أثر لمتحصل العلوق ولا للحبل السري . وقد لا تخرج الكتلة بتمامها في زمن واحد بل يبقى في الرحم جزء منها ثم يخرج بعد مضي بعض أيام وهذا ما شاهدته أخيرا في الشهر الثالث للحمل عند شابة يبلغ عمرها نحو (١٥) سنة وكان الجزء الذي خرج أول يوم أكبر من مشيمة عمرها تسعة أشهر بدون أثر لمتحصل العلوق وفي ثالث يوم خرجت قطعة أخرى لحمية . ثم ان الاستسقاء الحملي السلائي خطر على متحصل العلوق لانه يموت ويمتص في أغلب الاحوال وعلى المرأة أيضا لأنه يعرضها للانزفة التي ربما نجم عنها الموت الصاعقي * ويلزم الطبيب أن يأمر المصابة بهذا المرض بالاستلقاء على الظهر والراحة التامة ويعمل لها الحقن تحت الجلد بالمورفين أو حقنة شرجية صغيرة محتوية على اللودانوم لوقوف النزيف أو السدادة المهبلي والاحسن عمل الزروقات المهبلية الساخنة فمتى خرج شيء من الكتلة وبقي منها بعض اجزاء ملتصقة متعفنة بفعل الكحت الرحمي * ومن الغلافات الجنينية الغشاء الساقط . وأكثر أمراضه الالتهاب الحاد والمزمن . فالحاد يطرأ مدة الاصابات بالامراض العفنة . والمزمن يكون سابقا على الحمل وكلاهما يحدث الاجهاض

(في السيلان المائي) - قد يسيل مدة الحمل من الرحم ماء تختلف كميته وفي الغالب يكون سيلانه في الاشهر الاخيرة وقد شاهدت في مدينة المنصورة شابة في الشهر الثالث من حملها اعتراها سيلان مائي مصحوب بآلام وكان يعالجها بعض الاطباء بالجويدار فلما ندبت للاستشارة مع الاطباء الذين كانوا يعالجونها بهذا الدواء منعتها من تعاطيه وأعطيتها قليلا من اللودانوم فزال الالم واستمر الحمل الى تمام مدته حتى ولدته انثى . وفي العادة يحصل هذا السيلان بدون أن يصطحب بانقباضات رحمية اذا كان قليلا فتشعر المرأة فجأة أنها ابتلت بدون ألم لا قبل السيلان ولا بعده . أما اذا كان هذا السيلان غزيرا فقد ينجم عنه انقباضات رحمية خفيفة . وهذا السائل لونه مائل للصفرة يبقع الملابس ببقع تصير صلبة اذا جفت رائحتها منوية

منوية وهو ينتضح من الغشاء الساقط ويتجمع ببطء بين هذا الغشاء والسلي وحينئذ ينفصل الاغشية عن بعضها ثم يخرج من الجهة التي تجمع فيها وبعض الاطباء ينسبه لنضح بسيط يحصل على السطح الباطني للغشاء الساقط وفي الغالب يكون ناتجا عن التهاب خفيف مزمن لهذا الغشاء وفي هذه الحالة يكون متحصل العلوق وكيسه سليمين وقد يكون الكيس متمزقا خفيفا فيخرج السائل ويمر بين الكيس والغشاء الساقط ويتميز اذن اذا بحث بالميكرسكوب بوجود مادة دهنية وشعر رفيع آتيين من جلد الجنين ويكون سيلانه مستمرا تقريبا ويتزايد بوقوف المرأة والسعال وفعل كل مجهود فقد تصل كميته من (٢٠٠) الى (٣٠٠) جرام في كل دفعة أما في حالة الراحة فتكون قليلة كتندية . وفي حالة اتيانه من التهاب الغشاء الساقط يكون خروجه على دفعات منفصلة عن بعضها بفترات يقف فيها السيلان وفي أثنائها يتجمع ثانيا ثم يخرج وهكذا كلما تجمع جزء عظيم منه ولذا تمضي جملة أيام بين كل دفعة فاذا كان السائل المذكور آتيا حقيقة من السائل الامنيوسي بسبب تمزق في غشائه وكان الحمل في الشهر الرابع أو الخامس أو السادس لا ترجى حياة متحصل العلوق بل في الغالب يموت ثم يتعفن وأما اذا حصل التمزق بعد ستة أشهر ونصف فيجب وضع المرأة على ظهرها مع الراحة التامة واعطائها نحو عشرين نقطة من اللودانوم أو يعمل لها حقنة تحت الجلد بمحلول كلورايدرات المورفين ويلزم المرأة أن تبقى على هذا الوضع الى أن تمضي جملة أيام بعد وقوف نزول المياه المذكورة ومع ما تقدم يلزم فعل التعقيم الفرجي والمهبلي جملة مرات في اليوم بالحقن المعقمة وعقب ذلك توضع كرة من الغاز اليودوفورمي أو القطن العقيم في فوهة المهبل لا داخله . ثم ان هذا السيلان يتميز عن تمزق جيب المياه الناتجة عن الطلق بعدم تمدد فتحة عنق الرحم

﴿في أمراض المشيمة﴾ ـ قد يتمزق بعض أوعية المشيمة فينجم عن ذلك انسكاب دم فيها وهذا ما يشاهد في المصابة بالامراض العفنة والمصابة بالامراض الكلوية والقلبية أما مجلس النزف فقد يكون في الجزء المتوسط من المشيمة فتنفصل حينئذ من وسطها وتبقى متصلة بدورة المرأة بحافتها فقط فينجم عن ذلك الموت الفجائي للمرأة ولمتحصل العلوق وقد تصاب المشيمة بسبب الزهري الوراثي من الرجل أو المرأة بالالتهاب المزمن الاسكليروزي (أي الخلوي) فتضمر أوعيتها وينجم عن ذلك فقد وظيفتها فيموت متحصل العلوق وقد يوجد في سطحها أكياس غروية ودموية وتكونات حجرية وأورام حقيقية وقد يحصل تجمد دموي في

الوريد السرى وقد ينعقد الحبل السرى أو يلتف وبذلك يعاق أو يمتنع سير الدم فيه فيموت متحصل العلوق حينئذ

(فى أمراض متحصل العلوق) — قد يقع مدة الحمل على متحصل العلوق تأثير جسم باد فيكسر منه عظما أو أكثر وقد تدخل فى الرحم آلات بقصد بها قتله فتكسره أو تجرحه وقد تتكون فى باطن الامنيوس عقب التهاب أو تغيرات فيه أجمة فتحيط بأحد أطرافه أو جزء منها كالاصبع وبضغطها عليه تبتره . وقد يحصل استسقاء لحمى للمتحصل ناجم عن تغير كلوى أو كبدى زهريين وحينئذ تكون المشيمة أوزيماوية أيضا وقد تصاب عظام ومفاصل المتحصل بتغيرات مرضية كالراشيتسم الخلقى والكسور الذاتية والخلوع الذاتية الخلقية والانكيلوزات الخلقية وربما تتولد أورام قرب عنقه أو عجزه تنجم عن عيوب فى تركيبه فينشأ عنها عسر الولادة كما سيأتى ذلك فى بابه

(فى موت متحصل العلوق) — قد يموت متحصل العلوق داخل الرحم ويمكث فيه مدة بعد الموت . وأسباب موته كثيرة منها اصابة المرأة بالزهرى والبول السكرى والزلالى أو التسمم الزحلى أو بافراطها فى التدخين أو شرب المشروبات الروحية أو اصابتها بأحد الامراض العفنة الحادة كالجدرى والحصبة والقرمزية والحمى التيفودية والتيفوسية وغيرها أو اصابتها بالامراض القلبية وقد يكون الموت ناجما عن مرض المشيمة أو الحبل السرى أو غلافات الجنين * ومن الاسباب المميتة للجنين أيضا الضرب أو الرج أو النزف الرحمى المشيمى أو الانقباضات الرحمية التيتانوسية . وعلى كل فمتى مات المتحصل فتارة لا ينثقب كيسه فلا يتعفن وتارة ينثقب ولا يتعفن وأخرى ينثقب ويتعفن . فاذا مات متحصل العلوق بدون أن تنثقب أغشيته فاما أن يكون فى الشهرين الاولين أو فى الشهر الثالث الى الخامس أو من الخامس الى التاسع . ففى حالة ما اذا مات فى الشهرين الاولين ثم مكث فى الرحم بعد الموت مدة قد تذوب عناصره بدون أن يبقى له أثر واذن لا يوجد داخل الكيس الا سائل مصفر عكر ثخين كالشراب فتقول العامة (البيضة رائقة) أعنى أنها فسدت . أما اذا لم يذب وخرج عقب الموت فيوجد بأوصافه الخاصة بعمره . وفى حالة ما اذا مات من الشهر الثالث الى الخامس ومكث فى الرحم مدة بعد الموت فلا يذوب لكنه يصير كالمحنط فى وسط السائل الامنيوسى الذى قد يمتص شيأ فشيأ حتى يزول واذن يصير سطح المتحصل مغطى بفضلات السائل الامنيوسى . فاذا كان الحمل توأميا فقد يموت أحدهما ويعيش الآخر حتى

تنتهى

تنتهي المدة فيولد حيا والآخر ميتا كالمحنط كما ذكر آنفا . واذا مات بعد الشهر الخامس الى التاسع ومكث في الرحم مدة انتقع جسمه بعد مضى بضعة أيام فبعد يومين من موته يصير لون جلد وجهه ورديا مسمرا عند البيض وبشرة الجلد لا تنفصل ولو بالدلك الشديد والقرنية تبقى شفافة كالعادة فيشاهد من خلالها القزحية بلونها الطبيعي بدون وجود مصل متخلل في النسيج الخلوي تحت الجلد الا في الطرف الجنيني للحبل السرى وفى الصفن عند الجنين الذكر وبعد مضى خمسة أيام يصير منظر لون القرنية ورديا ناجما عن تلون سائل باطن العين باللون المذكور ويتخلل السائل المصلى النسيج الخلوى تحت فروة الرأس وتتزايد أوزيما الصفن عند الذكر وبعد مضى ثمانية أيام يصير لون الجلد في الوجه وحول السرة أردوازيا ومابقى من جلد الجثة يصير ورديا مسمرا ويسهل انفصال البشرة من سطح الجلد ماعدا الوجه وفروة الرأس فان بشرة جلدهما تبقى بالتصاقها وتصير الامعاء مرتخية والرئتان بنفسجيتي اللون وبعد مضى اثنى عشر يوما تكون جثة الجنين مرتخية بحيث لو وضعت على طاولة لهبطت كأنها قماش مبلول ويسهل انفصال بشرة جلد الوجه أيضا ماعدا فروة الرأس وتتركب عظام الجمجمة فوق بعضها بسهولة ويصير الكبد بنفسجي اللون والعدسة معتمة ووردية وبعد مضى خمسة عشر يوما تصير الصلبة وردية اللون وجميع التغيرات السابقة متقدمة في التعفن . وبعد مضى أربعين الى ستين يوما تكون الادمة عارية عن بشرتها في عموم الجلد حتى بشرة فروة الرأس ويوجد في نقط مختلفة من الجثة بقع غروية وردية اللون ناجمة من تخلل عناصرها بالمادة المصلية الوردية اللون وهذه المادة تلون السائل الامنيوسى لان تخلل السائل المصلى تحت البشرة ينجم عنه نفاطات تنفجر فيمتزج سائلها الوردى بالسائل الامنيوسى فيلونه بهذا اللون فيكون علامة لموت الجنين وانتقاعه .

ويعرف موت متحصل العلوق من بعد الشهر الخامس الى التاسع بعدم تحركه وعدم سماع ضربات قلبه وباسترخاء جدر البطن وعدم ازدياد حجمها وبرخاوة عنق الرحم وغلظ الجزء السفلى من الرحم فاذا كان المجئ بالرأس في المضيق العلوى أدرك المولد بالضغط عليها باصبعه خشخشة ناجمة عن تراكب عظام الجمجمة على بعضها . أما معرفة موته في الاشهر الاول فهى صعبة ومع ذلك اذا زالت اضطرابات الجهاز الهضمى قبل الزمن المعلوم لزوالها كان ذلك دليلا على موته . وعلى العموم فموت الجنين ليس خطرا على المرأة لان اجهاضه بعد موته يتم عادة بدون عوارض خطرة عليها ولو مكث بعد الموت في الرحم الى تسعة أشهر فأكثر مادام لم

يحصل انثقاب وتعفن فى الكيس * وأما اذا مات متحصل العلوق وانثقب كيسه فقد لا تتعفن جثته اذا كان الانثقاب حديث العهد أو فعل التعقيم فى الحال لكن غالبا يعقب الانثقاب التعفن لملامسة الهواء له وحينئذ تصير جميع أنسجته متخللة بغاز التعفن فينتفخ ويصير جلده ذا لون مخضر غامق وبشرته سهلة الانفصال ورائحته كريهة فاذا كان متحصل العلوق فى انتهاء مدة الحمل تعسر انقذافه لزيادة حجمه الناجم عن انتفاخه وبالتعفن تنفصل أعضاؤه بسهولة عند حصول أقل جذب يقع عليها وهذه الحالة خطرة على المرأة . ومتى ثبت موت متحصل العلوق ولم ينثقب كيسه وجب على الطبيب انتظار الاجهاض الذاتى بدون فعل شئ للمرأة . وكذلك اذا انثقب الكيس ولم يحصل تعفن للمتحصل ينتظر الاجهاض الذاتى أيضا الا أنه يفعل للمرأة زروقات مهبلية معقمة مرتين فى اليوم وبعد كل مرة يضع جزأ من غاز اليودفورم فى الفوهة الفرجية المهبلية تسند بوضع طبقة سميكة من القطن المعقم ويحفظ ذلك برباط معقم أيضا . أما اذا انثقب الكيس وتعفن المتحصل فيلزم تحريض الانقباضات الرحمية القاذفة مع عمل الزروقات المعقمة المهبلية والرحمية جملة مرات فى اليوم

(فى الاجهاض) — الاجهاض هو انقذاف متحصل العلوق الذى لا يمكنه الحياة خارج الرحم بسبب عدم تمام تكون أعضائه والمشاهدات الاكلينيكية والترقيد والتلقيح الصناعى تثبت عدم امكان المعيشة خارج الرحم قبل انتهاء الشهر السابع فكل انقذاف يحصل قبل انتهاء هذا الزمن يسمى اجهاضا فلو حصل بعد ذلك سمى ولادة معجلة . ثم ان الاجهاض تارة يكون ذاتيا وتارة يكون صناعيا إما بواسطة الطبيب بقصد علاجى وإما بغيره بقصد جنائى . فالاجهاض الذاتى كثير المشاهدة لانه يوجد اجهاض واحد من ستة ولادات وتأخير الحيض يعتبر حملا ورجوعه بعد التأخير اجهاضا . وهو إما تام أو غير تام فالتام ما خرج خلاصه بعده وهو غير خطر ولا يستدعى الاعلاجا بسيطا وغير التام ما انحبس بعده الخلاص كله أو بعضه وهو خطر غالبا فيستدعى العناية الطبية . واذا حصل الاجهاض من يوم العلوق الى عشرين منه سمى المقذوف علقة وبعد يوم عشرين الى انتهاء الشهر الثانى سمى مضغة ومن الشهر الثالث الى انتهاء السادس سمى سقطا وفى هذا يتم الاجهاض فى زمنين الاول ينقذف فيه الخلق والثانى ينقذف فيه المشيمة . والمعول عليه هو انقسام الاجهاض الى ثلاثة أنواع . الاول ما يحصل فى الشهرين الاولين من مدة الحمل . والثانى ما يحصل من الثالث

الى

الى منتهى الرابع . والثالث من الخامس الى منتهى السادس . اما أسباب الاجهاض فقد سبق شرحها فى أمراض الحامل وفى موت متحصل العلوق

(فى علامات الاجهاض) - يسبق الاجهاض الناجم عن الامراض العمومية بقشعريرة فى الجسم وارتفاع فى حرارته وفقد فى الشهية وغطمشة وملل وخفقان وبهاتة فى اللون وهبوط فى القوى وذبول فى العينين وثقل فى أعضاء التناسل والشرج وآلام قطنية وعانية وكلوية وزحير مثانى واسترخاء نسيج الثدى وخروج مادة مصلية من حلمته بالضغط عليها ثم بعد مضى أيام الى أشهر ينقذف متحصل العلوق ثم يليه خروج متعلقاته اذا كان متقدم السن . والاجهاض غير الناجم عن الامراض العمومية يحصل بدون ان يسبق بظواهر تدل على قربه وفيه اذا سئلت المرأة عن سوابقها أجابت أنها أجهضت فى نفس هذا الزمن من الحمل السابق وكثيرا ما يكون هذا الزمن هو مدة مجىء الحيضة . واذا كان الاجهاض ناجا عن سبب متمم كسقطة على المقعدة مثلا فامت المرأة وهى مبتلة بالدم الذى قد يكون محتويا على متحصل العلوق اذا كان حديث العهد بحيث يختفى فى الجلط الدموية أما اذا تجاوز عمره الشهر الثانى فانقذافه يسبق بنزيف يستمر مدة من الزمن واذا تجاوز عمره أكثر من ثلاثة شهور وأقل من خمسة سبق الاجهاض بعلامات استرخاء الثدى وخروج مادة مصلية من حلمته بالضغط عليها واسترخاء البطن وعدم ازدياد حجمها ولين عنق الرحم وسيلان الدم منه واتساع فتحته بحيث يمكن ادخال الاصبع وادراك أغشية متحصل العلوق ذابلة . اذا كان عمر متحصل العلوق أكثر من خمسة أشهر صحب العلامات السابقة زوال حركات الجنين وزوال ضربات قلبه . وأما علامات الاجهاض نفسه فتختلف باختلاف سن متحصل العلوق فتكون فى الاجهاض العلقى نزيفا رجياعزيرا تظن المرأة أنه الحيض ويكون نزوله مصحوبا بآلام رحمية وقطنية وبخروج جلط دموية فيها يختفى متحصل العلوق لكونه عبارة عن كيس صغير غشائى حجمه كحجم البيضة الصغيرة واذا وضعت جميع الجلط فى الماء وبحث جيدا عرف الكيس بخمله الذى يتموج بحركة السائل . ويتم الاجهاض العلقى فى زمنين . ففى الزمن الاول ينفصل الكيس من الرحم وينقذف الى الخارج ويحصل النزيف الاولى . وفى الزمن الثانى ينقذف الغشاء الساقط ويصحبه النزيف الثانوى ولا يوجد فى نوع هذا الاجهاض خلاص حقيقى بل الغشاء الساقط هو المكون له وتارة يخرج الكيس العلقى مغلفا بهذا الغشاء ثم ان شكل كيس المتحصل يكون

بيضا وبأملس فى معظم سطحه وفى باقيه توجد كتلة سنجابية ذات أزرار وخمل هى جرثومة المشيمة وبسبب تخالل الخمل وأجزاء الغشاء المذكور بدم النزيف يتغير منظر الكيس فتعسر معرفته ولذا يلزم وضع الجلط الدموية وما يخرج من الرحم فى الماء لفصل الدم المتجمد ومتى انفصل عرف الغشاء الامنيوسى بملاسته والغشاء السلائى بخمله فاذا لم تندب المرأة الطبيب للبحث عن العلقة ظنا منها ان هذا حيض وليس اجهاضا نجم عن هذا الاهمال التهابات رحمية باطنية تصير متعاصية على العلاج فيما بعد ولذا كان انذار هذا النوع غير جيد على صحتها ان لم يهتم بما اعقب حصوله ومعالجتها فى الحال . وعلامات الاجهاض المضغى هى أن يسبق كذلك بنزيف بين الغشاء الساقط والكيس فيتجمد دم هذا النزيف بينهما شيأ فشيأ حتى يفصلهما عن بعضهما ثم يعقب هذا الانفصال انقباضات رحمية تقذف المضغة ولذا كان حصول الاجهاض فى هذا النوع طويل المدة ومؤلما واذا كان عمر متحصل العلوق شهرين فقد يخرج مع كيسه كتلة واحدة كما فى الاجهاض العلقى ولكن فى الغالب يكون خروجه كخروج متحصل العلوق الذى عمره ثلاثة أشهر لان المضغة صارت عظيمة الحجم بحيث لا يمكن خروجها مع غلافها كتلة واحدة انما قد تخرج المضغة بدون أن تشعر المرأة بها لان خروجها لا يحتاج لأن تكون فتحة عنق الرحم كثيرة الاتساع بل يكفى فيه اتساع مقداره (٢) الى (٥) سنتيمترات واجهاض هذا النوع يتم فى زمنين الاول تخرج فيه المضغة والثانى يخرج فيه الخلاص . وقد يوجد زمن ثالث تنقذف فيه بعض أجزاء صغيرة من أغشية الخلاص بقيت ملتصقة بعد خروج الاجزاء السابقة . وفى كثير من الاحوال لا ينقذف الخلاص الا بعد ثمانية أيام أو أكثر بل وأسابيع وأشهر من خروج العلق ويسمى ذلك احتباس المشيمة لانها أكبر حجما من الجنين فى هذا الزمن وقد لا يخرج الخلاص الا بعد تعفنه جزأ جزأ . والعادة اخراجه باليد بعد مضى أربع ساعات من خروج الخلاص . وعلامات الاجهاض الجنينى هى أن يسبق بآلام طلق مع استرخاء وانمحاء عنق الرحم وتمدد فتحته وبروز جيب المياه ثم تمزقه وبعد خروج الجنين يخرج الخلاص وهو أكبر حجما منه أيضا ولذا كان خروجه صعبا لأن تمدد فتحة عنق الرحم قليل وغير كاف لخروج الخلاص من جهة ومن أخرى فان فتحة عنقه تنغلق بعد خروج الجنين فى الغالب وان المشيمة فى هذا النوع تكون ملتصقة التصاقا تاما بالغشاء الرحمى والالياف الرحمية قليلة النمو والتأثير لانفصال المشيمة فى الحال . وقد يخرج الخلاص المحتبس جزأ فجزأ مع

السائل

السائل النفاسي بدون أن تشعر به المرأة ولعدم ادراكها ذلك يقال ان الخلاص استحال وامتص . وعادة ينشأ عن احتباس الخلاص نزيف مستمر طويل المدة قد يكون مميتا فان لم يمت كان خطرا على المرأة وأيضا فان الخلاص يتعفن بسرعة فينتج عنه تسمم المرأة وموتها ان لم يتداركه الطبيب ولذا كان هذا الاجهاض سبب الموت كثير من النساء اللاتي يهملن صحتهن . واذا مات الجنين ومكث بعد موته زمنا طويلا في الرحم حتى صار جسمه منتقعا عظم حجمه فاذا خرج الخلق من نفسه تبعه خروج الخلاص بسهولة لانه أقل حجما من الجنين حينئذ * في تشخيص الاجهاض متى ندب الطبيب الى امرأة لم يعهد حملها ووجد نزيفا غزيرا سائلا من رحمها ينبغي له ان يعرف ان كانت حاملا وحاصلا لها الاجهاض أولا فيبحث عن العلامات التخمينية والمؤكدة للحمل اذ ربما كانت عادتها في الحيض غير منتظمة أو منتظمة ولكنها تأخرت فيكون الدم النازل دم حيض لا دم اجهاض وقد يصحب دم الحيض آلام عندما تكون فتحة عنق الرحم ضيقة بل وبدون ضيق فيها ويعرف هذا الطمث المؤلم بكون الالم سابقا عليه وينقطع متى سال الدم وبالعكس في الاجهاض لان الآلام فيه لا تنقطع الا بعد انقذاف متحصل العلوق وأيضا فتحة عنق الرحم في الطمث تكون طبيعية غير مفتوحة وعنق الرحم لا يحصل فيه استرخاء ولا انمحاء وبالعكس في الاجهاض ومتى تأكد الطبيب الحمل وابتداء الاجهاض سئل هل الاجهاض محتم أو يمكنه ايقافه الجواب يكون محتما في ثلاثة أحوال . الاولى اذا كان النزيف غزيرا واستمر مدة تختلف من (١٥) الى عشرين يوما بدون انقطاع لان الجنين يموت عقب ذلك غالبا وثانيا اذا تمزقت أغشية متحصل العلوق وثالثا اذا مات الجنين . ويكون غير محتم اذا كان النزيف غير غزير ولا مستمر ولم يتمزق جيب المياه ولم يمت الجنين لانه في هذه الاحوال قد يقف النزيف والانقباضات الرحمية فيأخذ الحمل سيره الطبيعي . وعلى كل يلزم الطبيب أن يبذل ما في وسعه لمنع الاجهاض وان كان محتما الا اذا تأكد موت متحصل العلوق وتعفنه فحينئذ يجب عليه استعمال الطرق المساعدة على اخراجه . فاذا علم الطبيب أن السبب المهيئ للاجهاض هو الزهري الوراثي وجب عليه أن يعالج المرأة بما يناسب حالها وهكذا تعالج المرأة بدفع كل سبب مهيئ للاجهاض ووضعها في الشروط الصحية الجيدة مع استلقائها على ظهرها مدة الاشهر الأول أو على الاقل الى أن تمضي

المدة التى تجهض فيها عادة اذا كان سبق لها الاجهاض وتلزم مداركة الامساك وتجنب لبس المنطقة البطنية الصدرية وتجنب الوطء وعدم ارتفاع رأسها مدة استلقائها على الظهر وكذلك يلزم تدارك الانقباضات الرحمية بعمل حقنة صغيرة شرجية مكونة من ملعقة الى ملعقتين من ماء فاتر محتوعلى عشرين نقطة من اللودانوم ويكون ذلك مرتين أو ثلاثا فى اليوم أو حقنة مورفينية تحت الجلد لكن اذا كانت أغشية متحصل العلوق تمزقت فلا فائدة لفعل ذلك لان الاجهاض محتم انما يلزم الانتظار واستلقاء المرأة على ظهرها مع الراحة التامة وعمل غسولات معقمة مهبلية يوضع عقبها فى المهبل كرة من القطن المعقم أو من غاز اليودوفورم واذا كان الاجهاض مصطحبا بنزيف لزم أن تكون حرارة ماء الزروقات المعقمة (٤٥) درجة والحذر من تعاطى الجويدار . واذا كان الاجهاض المحتم هو المضغى فيلزم الاهتمام فى اخراج المشيمة عقب خروج المضغة فاذا لم تخرج مع المضغة ينتظر نحو نصف ساعة يكبس فى أثنائها الرحم من جدر بطن المرأة وهذا اذا أحضر الطبيب فى الحال وأما اذا لم يحضر الا بعد الاجهاض بعدة من الزمن فيلزمه أن يجرى ما تقدم وأن يجرى أيضا فعل الزروقات المعقمة الساخنة الرحمية بواسطة المجس الرحمى ذى التيار المزدوج للمعلم (استولس) شكل (٤٨) نعم اذا تأخرت المشيمة عن الخروج عقب خروج المضغة أو الجنين بضع ساعات الى يوم فلا ينجم عن ذلك ضرر للمرأة الا اذا مكثت نحو الخمسة أو الستة أيام لانها تتعفن فاذن يلزم الاسراع فى اخراجها باليد عقب خروج متحصل العلوق ببضع ساعات فاذا وجد الطبيب بالجس المهبلى جزأ عظيما منها منحشرا فى المهبل يكفى جذبها من هذا الجزء بعد ضبطه باصبعين أو ثلاثة وأما اذا كانت بارزة فقط بروزا خفيفا فى فوهة عنق الرحم فلا تكفى الاصابع لاخراجها ولو مع تثبيت قاع الرحم وانخفاضه باليد الاخرى فيلزم اخراجها حينئذ بالجفت شكل (٤٩) أو

شكل (٤٨)

شكل (٤٩)



بملعقة المعلم (باجو) شكل (٥٠) وعلى كل فتى ضبطت المشيمة سواء كان بالاصابع أو بغيرها ينبغي أن يكون جذبها بسيطاً مع ليها بلطف على نفسها مع الاحتراس من تمزق جزئها البارز لأنه

شكل (٥٠)

اذا اضطر لترك القذف الى الطبيعة خدم هذا الجزء لتمدد فوهة عنق الرحم وتنبيه جسمه

• وأما اذا تمزقت المشيمة وخرج بعضها وبقي جزء عظيم الجسامة أو قليلها ملتصقاً بقاع الرحم فلا ينبغي فعل مجهودات لاخراجه لان الافعال المتكررة التي يقصد بها ضبطه واخراجه ينشأ عنها خطر للمرأة فالاولى ترك القذف الى الطبيعة مع الاشتغال بمداركة التسمم التعفني وذلك بفعل الزروقات المهبلية والرحمية المعقمة كما ذكر فيبتدئ بزروقات من الماء المغلي العقيم يتلوها زروقات معقمة من محلول السليماني الطرطيري ولا يلتجأ لفعل ذلك الا اذا كانت فتحة عنق الرحم غير متمددة تمددا كافيا لادخال اليد واخراج ما يوجد من الخلاص أو لادخال الملعقة لعمل الكحت الرحمي وفي حالة عمل الزروقات داخل الرحم يلزم ادخال المجس الرحمي في تجويف الرحم ما أمكن وفعل الزروقات داخله بغاية الهدو والتأني وقد يعاق المجس في سيره بالمشيمة التي يلزم أن يمر محيطها . ولاجل سهولة العمل يلزم أن تكون المرأة موضوعة بعرض السرير ثم يوضع منظار في المهبل ويثبت الرحم بواسطة جفت تضبط به الشفة السفلى لعنقه فاذا شاهد الطبيب ان لاشيء آت بماء الزروقات وان فتحة عنق الرحم ضيقة وضع ساقاً من جدرا اللامينار بالتوسيعها او يكرر الغسل وهذا الوضع عقب كل غسل فاذا مضى يومان بعد هذا العمل ولم تخرج المشيمة ولم يظهر لخروجها أمارات تدل على قربه فيخرج الخلاص باليد أو بالكحت الرحمي بكاحت كال متى صارت فتحة عنق الرحم متمددة تمددا كافيا لادخال اليد أو الكاحت فاذا لم يوجد الكاحت ولم تدخل اليد يستمر على فعل الزروقات داخل الرحم وكذلك اذا ظهر نزيف أو تعفن يلزم تفريغ الرحم بواسطة الكاحت كما ذكر نعم قد يكفي في ذلك استعمال الزروقات المعقمة التي حرارتها خمسة وأربعون درجة بدون فعل الكحت

• وبالجملة يلزم الطبيب تجنب استعمال الجويدار والسد المهبلي للمرأة التي أجهضت بل يلزمه في الحال اخراج الخلاص بالصناعة إما باليد أو بالجفت أو بالملعقة أو بالكحت الذي يتلوه عمل الايكوفيللوناج مع الزروقات المعقمة التي حرارتها خمسة وأربعون درجة كما

ذكر ولا يترك القذف للطبيعة (وبعض العلماء لا يرى إخراج المشيمة المحبوسة بالصناعة مادام لم يحصل نزيف ولا مضاعفة عفنية بل يستحسن ترك خروجها للطبيعة) ومع ذلك نذكر الاحوال التي يلزم فيها الاخراج الصناعي . منها الاجهاض الجنائي لانه لم يستعمل فيه مضادات التعفن لا قبل الاجهاض ولا بعده . ومنها وجود المشيمة التوأمية داخل الرحم لان عظم حجمها يمنعها من الخروج الذاتي فتتعفن . ومنها تجاوز مدة الاحتباس لليوم الثالث أو الرابع من الولادة . ومنها انحشار المشيمة انحشارا جزئيا في عنق الرحم وتأخر انقذافها الى الخارج بالطبيعة . والاستخراج باليد أفضل متى كان كل المشيمة أو معظمها داخل الرحم و بالكحت اذا لم يبق داخله الا أجزاء منها أو كان الغشاء الرحمي متعفنا ويلزم أثناء عمله مراقبة اليد له ومعلوم أن الكحت أسهل عملا من الفصل باليد لعسر ادخالها حينئذ فانه يحتاج الى تمدد عظيم في فتحة عنق الرحم لادخالها ويلزم تنويم المرأة قبل العمل أما الكحت فلا يحتاج الى تمدد عظيم وأيضا يمكن عمله بدون تنويم ولكون آلته معدنية وتعقم بالغلي عليها قبل العمل لا توصل ميكروب عدوى للمرأة (ولا ينتج عنه ثقب رحمها الا اذا كان العامل به غير متمرن أو صارت جدر الرحم رقيقة مسترخية بسبب الالتهاب التعفني الرحمي) وأما اليد فقد توصل العدوى الى الرحم ان لم يكن تعقيمها جيدا وأيضا فان بعض أجزاء المشيمة الموجود قد لا يمكن فصله بالاصابع فيلتجئ المولد لفصله بالاظافر وهو مضر فالافضل حينئذ الكحت لا اليد . وبالجملة يستعمل الكحت متى كان الموجود بعض أجزاء المشيمة كما ذكر أو لتتميم نظافة الرحم عقب الاخراج باليد وقد يستعمل الايكوفيللوناج عقب الاستخراج باليد أو بالكحت وعلى العموم فاخراج الخلاص الصناعي باليد أو بالكحت يلزم قبل الشروع فيه تنويم المرأة بالكلوروفرم ثم تنظيف الفرج والمهبل بالسوائل العقيمة البسيطة ثم المعقمة ثم وضع منظار ذي فلقة عريضة قصيرة في الجهة الخلفية للمهبل ويسلم لمساعد ليضغط به عليها ثم يضبط الشفة السفلى لفتحة عنق الرحم بواسطة جفت ذي كلابين ثم يدخل في الرحم المجس الرحمي لمعرفة طول تجويف عنقه وتجويف جسمه أيضا . واذا كان عنق الرحم صلبا غير متمدد أدخل فيه قبل العمل قلم من اللامينارياو يترك فيه مدة أربع وعشرين ساعة . وقد يضطر لعمل التمدد القهري الوقتي بواسطة الممدد ذي الثلاث فلق أو بواسطة المجسات المرنة للعلم (هيجار) وهذه تفضل عن الممدد لانه عرق الرحم فيبتدأ بمجس نمرة ١٦ الى أن يصل الى مجس نمرة ٢٦ فان نمرة ١٦ يعطي تمدد ١٨ ومجس نمرة ١٨ يعطي تمدد ٢٠ ونمرة ٢٦ يعطي

مجسها

مجسها عند الساعة ٢٨ ثم يكرر ذلك مدة الاستخراج كلما لوحظ أن عنق الرحم عاد وانقبض وضغط على الاصبع أو آلة الكحت . ولاجل الاستخراج بالاصابع يضع الطبيب احدى يديه على قاع الرحم لانخفاضه ما أمكن ثم يدخل سبابته ووسطى اليد الاخرى فى الرحم ويفصل بهما المشيمة ومتى تم انفصالها وعلم عدم امكان استخراج أجزائها بالاصبع يضع الاصبعين فى قعر الكيس الخلفى البريتونى للرحم ويضغط باليد الاخرى على الوجه المقدم من جدر البطن وبذلك يحصل عصر فى الرحم فتخرج أجزاء المشيمة حينئذ . ولاجل عمل الكحت يلزم أن يكون الكاحت غليظا لان الرفيع يعرض الرحم للانثقاب ويكون غير مثلم لان الاستعمال يصيره غير حاد كما أنه يلزم وجود جملة أنواع من الكاحت وقبل العمل به يلزم ادخال اليد لمعرفة موضع المشيمة حيث تعلم برخاوتها وارتفاعها عن أجزاء جدر الرحم المجاورة لها ولذا يلزم دائما الضغط عليها لمعرفة ذلك ولتحقق من نظافة أجزاء باطن الرحم بعد العمل يدخل الاصبع للبحث أو يكتفى بسماع قزيز الكحت المعلن عن وصوله الى نسيج الرحم . وأما لاجل استعمال الايكوفيللوناج ECovillonnage فيلزم أولا غمره فى سائل كاو قبل وضعه فى الرحم كالسائل المكون من الجليسرين (٣) ومن الكريازوت (١) أو من صبغة اليود (١) وذلك لعمل التنظيف والتعقيم فى آن واحد . ويلزم عمل حقن رحمية ساخنة معقمة من ابتداء اجراء عمل التمدد الرحمى وخصوصا بعد الايكوفيللوناج بحيث تكون كمية السائل المحقونة عظيمة والحرارة أكثر ارتفاعا لاجل اخراج الفضلات المشيمية والزائد من المادة الكاوية وايقاف النزيف الرحمى . ثم ان المجس الرحمى الذى يستعمل يكون ذا طيارين ومتسع القطر ثم بعد الانتهاء من العمل يدخل فى الرحم فتيل دقيق من غاز اليودوفورم ثم يفعل السد المهبلى بالغاز اليودوفورمى أيضا . ثم ان هذا الغيار الاولى لا يرفع الا فى آخر اليوم الثانى أو الثالث من وضعه ولرفعه يسحب السد المهبلى ثم الرحمى ثم يغسل المهبل بزروقات معقمة ثم يفعل بعد ذلك السد المهبلى وحده بالغاز اليودوفرمى ولا يوضع فى الرحم شئ ويجدد الغيار هكذا مرتين أو ثلاثا الى اليوم الخامس عشر فيرفع كلية ولا يجدد بعد ذلك بل يقتصر على عمل الزروقات المهبلية المعقمة يوميا ولا تترك المرأة السرير الا بعد اليوم الخامس عشر

. والاجهاض الذى يحصل مدة الشهر الخامس والسادس يشبه الولادة لانه يحصل فيه ما يحصل فيها من آلام طلق ولين وانمحاء فى عنق الرحم واتساع فى فتحته وخروج الجنين ميخانيكية كميخانيكيتها الا أن النزيف هنا يكون أكثر منه فيها وكذلك الاحتراسات هنا تكون

كالتى فى الولادة الطبيعية فيخرج الملاص فيه باليد اذا تأخر خروجه بعد الجنين بساعة

. وبالجملة فالجهاض هذا القسم يحتاج الى ما تحتاجه الولادة الطبيعية السهلة من الاعمال

. ثم ان العلاج التابعى لنوع هذا الاجهاض مهم أيضا فيلزم ابقاء المرأة فى الوضع الافقى الظهرى مدة تختلف من ثمانية أيام الى خمسة عشر بل وأكثر تبعا لمدة الحمل وللظواهر التى تطرأ مع استعمال التعقيم يوميا الأعضاء التناسل ظاهرا وباطنا

(المقالة الثالثة فى الولادة)

الولادة هى انقذاف متحصل العلوق بعد تمام مدة الحمل . وتنقسم الى قسمين ولادة سهلة طبيعية لا يحتاج فيها الى توسط الطبيب وولادة صعبة يحتاج فيها الى توسطه

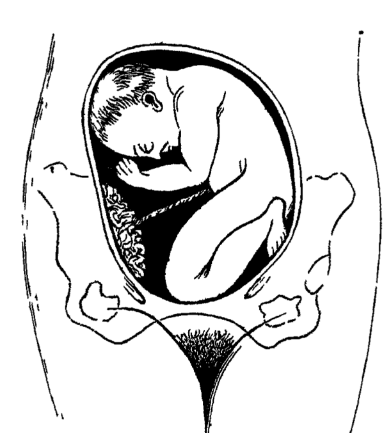
((فى الولادة السهلة الطبيعية)) - الجنين وقت ولادته يأتى فى المضيق العلوى على خمسة أوجه وهى المجىء بالقمة وبالوجه وبالمقعدة وبالكتف اليمنى أو اليسارى وفى كل من هذه المجيئات تحصل أوضاع مختلفة وها هى المجيئات والاوضاع الاصلية لكل مجىء

المجيئات	الأوضاع الاصلية
المجىء بالقمة	المؤخرى الحرقفى اليسارى المؤخرى الحرقفى اليمينى
المجىء بالوجه	الذقنى الحرقفى اليمينى الذقنى الحرقفى اليسارى
المجىء بالمقعدة	العجزى الحرقفى اليسارى العجزى الحرقفى اليمينى
المجىء بالجنب أو الكتف اليمنى من الجذع	الدماغى الحرقفى اليسارى الدماغى الحرقفى اليمينى
المجىء بالجنب أو الكتف اليسارى من الجذع	الدماغى الحرقفى اليسارى الدماغى الحرقفى اليمينى

ثم ان هذه المجيئات والاوضاع ليست مستوية فى الحصول فالمجىء بالقمة هو الاكثر حصولا ففى عشرين ولادة توجد تسعة عشر بالقمة . والمجىء بالمقعدة يوجد مرة واحدة فى (٣٥) والمجىء بالوجه أو الجذع نادر فانه يوجد واحد منهما فى (٢٠٠) . وفى المجىء بالقمة وجد (١٤) من (٢٠) كان المؤخرى فيها الى اليسار والأمام (أى مؤخرى حرقفى

يسارى

يسارى مقدم) ووجد (٥) فى (٢٠) كان فيها المؤخرى الى اليمين والخلف (أى مؤخرى حرقفى يمينى خلفى) وواحدة فقط فى عشرين تكون القمة فى وضع مخالف للمتقدمين . وفى المجىء بالوجه لا يشاهد الا نوعان وهما اتجاه الذقن الى اليمين والخلف (أى ذقنى حرقفى يمينى خلفى) واتجاهها الى الأمام واليسار (أى ذقنى حرقفى يسارى مقدم) ونسبة التغير الاول الى الثانى كنسبة خمسة عشر الى ثمانية وثلاثين . وفى المجىء بالمقعدة لا يوجد الا نوعان أحدهما اتجاه العجز الى اليسار والامام (أى عجزى حرقفى يسارى مقدم) والثانى اتجاه العجز الى اليمين والخلف (أى عجزى حرقفى يمينى خلفى) ونسبة النوع الاول الى الثانى كنسبة (٤٢) الى (١٢١) . ثم ان المجىء بالمقعدة يكون كاملا وغير كامل . فالكامل هو أن تظهر الأليتان إما قبل القدمين أو بعدهما او المعلم دبوا وجد فى (٨٥) مجيئا بالمقعدة (٥٤) خرجت فيها الاليتان أولا وكانت أطراف الجنين السفلى مرتفعة على بطنه و (٣١) نزلت فيها الاقدام قبل الاليتين . والمجىء بالركبتين كما فى شكل (٥١) نادر المشاهدة . وفى المجىء بالجذع يكون اتجاه ظهر الجنين الى الامام أكثر من اتجاهه الى الخلف . وانذار هذه المجيئات المختلفة الاوضاع يختلف باختلاف المجىء ونوعه فالمجىء بالقمة هو الجيد وان كابدت المرأة فيه آلاما مستطيلة المدة أكثر مما تكابدها فى المجىء بالمقعدة اذ فى هذه الحالة



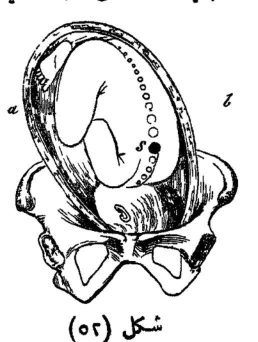
شكل (٥١)

الاخيرة يتوسط المولد لاسراع الولادة فيكون المجىء بالقمة أقل خطرا على الجنين لانه لا يموت واحد من خمسين مولودا بهذه الكيفية . والمجىء بالوجه يكون خطرا على الجنين والأم

شكل (٥١) هذا الشكل يشير للمجىء بالركبتين

فالطلق يكون طويلا متعبا حتى يلتجأ لاخراج الجنين بالجفت لانه معرض للهلاك إما بسبب ضغط الحبل السرى و إما باضطراب دورة الرحم المشيمية أو سكتة سحائية ولذا يموت جنين من أربعة يولدون بهذه الكيفية . والمجىء بالاليتين اذا ترك ونفسه كان خطرا على الجنين والام كالمتقدم فانه يحصل أولا تمدد بطىء للعنق ثم يتمزق جيب المياه فى الغالب قبل أن يتم هذا التمدد فتضمحل قوى الرحم فاذا لم تخرج الرأس بواسطة الجفت نجم عن ذلك خطر عظيم على الجنين فيموت مخنوقا بضغط الحبل السرى ففى عشرة من المواليد بهذه الكيفية يموت واحد وقال بعضهم واحد من ثمانية . والمجىء بالكتف أكثر خطرا من المجىء بالوجه ويعد فى أول رتبة من أسباب عسر الولادة والواقع أن الافعال الطبيعية لا يمكنها قذف الجنين فى هذه الحالة الا اذا كان الحوض واسعا جدا والجنين صغيرا جدا ولذا يلزم فى هذا المجىء فعل التحويل القدمى وان لم يخل عن خطر لان الجنين يكون معرضا للاسفكسيا كما فى المجىء بالاقدام والمرأة فضلا عن تألمها وتنبيه أعضائها تكون معرضة الى التهاب رحمى أو بريتونى فاذا فعل التحويل قبل أن تتمزق الاغشية أو عقب تمزقها بسرعة لا تموت امرأة من عشرين ولا جنين من ثمانية وأما اذا فعل بعد خروج جميع السائل الامنيوسى واضمحلال قوى المرأة فتموت امرأة من عشرين وجنين من ثلاثة وأما اذا لم يفعل التحويل وتركت الولادة لفعل الطبيعة مات سبعة وعشرون جنينا من ثلاثين وامرأتان من ثلاثة

(نسب الجنين مع الجدر البطنية للام فى كل من الاوضاع الرئيسة المتقدمة) - ففى الوضع المؤخرى الحرقفى اليسارى المقدم تكون رأس الجنين الى أسفل على الفوهة الرحمية والمقعدة الى أعلى نحو قاع الرحم والظهر الى الامام واليسار والجنب الايمن الى اليمين والامام والايسر الى اليسار والخلف والحدبة الجدارية اليمنى (لا اليافوخ نفسه) تكون مقابلة لمركز المضيق العلوى بسبب انحناء الرحم الى الامام وبالنظر لاتجاه ظهر الجنين تسمع شدة ضربات قلبه أسفل سرة الام وعلى اليسار قليلا من الخط المتوسط كما فى شكل (٥٢) . وفى الوضع المؤخرى الحرقفى اليمنى الخلفى تكون

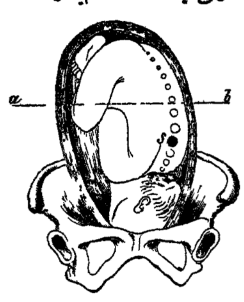


شكل (٥٢)

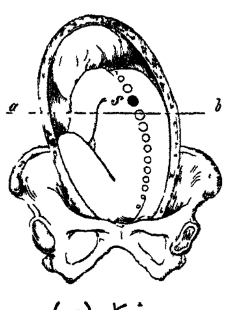
شكل (٥٢) هذا الشكل يشير لمجلس ضربات قلب الجنين أسفل السرة فى نقطة اس وقسم السرة مؤشر له بخط (ا) و (ب)

الرأس

الرأس على فوهة الرحم والمقعــدة نحو قاعه والظهر الى الخلف واليمين والجنب الأيسر الى الامام وقليــلا الى اليمين والجنب الايمن الى اليسار والخلف وهنا تكون الحدبة الجدارية اليسرى هى المقابلة لمركز المضيق العلوى وألغاط قلب الجنين تكون كما فى الشكل المتقدم أسفل من سرة الأم انما تسمع أكثر من الخلف . وفى الوضعين الرئيسين للوجه تكون نسب الجنين لجــدر البطن واحدة كما فى الوضعين الرئيسين للقمة لان المجىء بالوجه هو عين المجىء بالقمة الا أنه صــار غــيره منتظم انبسط الرأس ولا فرق بينهمــا غير أن الوجه يأتى بدل القمة فى الفوهة الرحميــة . وفى الوضع الذقنى الحرقفى اليمينى الخلفى يكون الخد الأيمن لا الانف مقابلا لمركز المضــيق العلوى . وفى الوضع الذقنى الحرقفى اليسارى المقــدم يكون الخــد الايسر هو الذى يقابل الاصبع وقت الجس المهبلى فى مركز المضــيق نفسه وبالتسمع توجد ضربات القلب فى النقط التى توجد فيها حالة المجىء بالقمة بنظر شكل (٥٣) . وفى الوضع العجزى الحرقفى اليسارى المقــدم تكون مقعدة الجنين الى أسفل على الفوهة الرحميــة والرأس الى أعــلى نحو قاع الرحم والظهر الى الامام واليسار والجنب الأيسر الى الامام واليمــين والأيمن الى الخلف واليسار وبسبب انحــراف الرحم الى الامام تكون دائما الألية اليسرى (لا العصعص) هى التى تقابل مركز المضيق العلوى وبارتفاع القسم القلبى للجنين يكون محــل ألغاط قلبــه أعلى سرة الام بقابل على الخط المتوسط نفســه كما فى شكل (٥٤) . وفى الوضع العجزى الحرقفى اليمينى الخلفى تكون المقــعدة على الفوهة الرحميــة والرأس نحو قاع الرحم والظهــر الى اليمين والخلف والجنب الأيمن الى الامام واليمين قليــلا وهنا توجــد الاليــة اليمنى تحت الاصبع فى مركز المضيق العلوى . وألغاط قلبه تكون أعلى



شكل (٥٣)



شكل (٥٤)

سرة الام بقليل والى اليمين والخاف كما فى الشكل المذكور . وفى المجيئات بالجذع تكون رأس الجنين فى احدى الحفرتين الحرقفيتين وتكون متعدنه الى أعلى فى قاع الرحم تقريبا كما فى حالة المجىء بالقمة لا فى الحفرة الحرقفية المقابلة للموجود فيها الرأس لأن الجنين لا يكون موجودا بالعرض الا بالنصف العلوى من جذعه بحيث انه يكون منثنيا حقيقة الى جنبه وانه اذا أريد فى التحويل توجيه اليد الى الاقدام باستقامة يلزم توجيهها الى قاع الرحم نفسه . وفى الوضع الدماغى الحرقفى اليسارى للكتف اليمينى تكون الرأس فى الحفرة الحرقفية اليسرى والمقعدة لى أعلى والظهر الى الامام والاسفل والاصبع يقابل منكب الكتف اليمينى فى مركز المضيق العلوى بعد استمرار الطلق زمنا وكمال تمدد عنق الرحم وقبل ذلك لا يقابل شيأ واذا بحث عن زيادة أغاط القلب يلزم وضع صيوان المستقصية الصدرية أعلى العانة بقليل وعلى الخط المتوسط بالضبط فانها تكون هما قوية ومتقاربة لسطح الجلد كما فى شكل (٥٥) . وفى الوضع الدماغى الحرقفى اليمينى للكتف اليمينى تكون الرأس فى الحفرة الحرقفية اليمنى والمقعدة الى أعلى والظهر الى الخاف والاعلى قليلا ومنكب الكتف اليمينى يكون أيضا فى مركز المضيق العلوى وزيادة ألغاط القلب تسمع بين السرة والعانة على الخط المتوسط الا أنها ضعيفة وبعيدة جدا عن سطح الجلد . وفى الوضع الدماغى الحرقفى اليسارى للكتف اليسارى تكون الرأس

شكل (٥٥)

فى الحفرة الحرقفية اليسرى والمقعدة الى أعلى والظهر الى الخلف والاعلى قليلا ومنكب الكتف اليسارى (اذا فرضنا دائما ان الطلق متقدم وتمدد فتحة العنق كامل) يوجد تحت الاصبع فى مركز المضيق العلوى . وشدة ضربات القلب تدرك فيما بين العانة والسرة كما فى الحالة المتقدمة . وفى الوضع الدماغى الحرقفى اليمينى للكتف اليسارى تكون الرأس فى الحفرة الحرقفية اليمنى والمقعدة الى الأعلى والظهر الى الامام والأسفل قليلا ومنكب الكتف اليسارى يكون فى مركز المضيق العلوى . وتدرك شدة ضربات القلب بقوة أعلى العانة بقليل قريبا من الخط المتوسط كما فى الشكل المتقدم

(فى تشخيص المجيئات والاوضاع) - وسائط التشخيص هى وسائط معرفة الحمل كالجس المهبلى والبطنى والتسمع . فالمجىء بالقمة هو الذى يمكن تشخيصه حقيقة قبل تمدد فتحة

عنق

عنق الرحم اذ بالجس المهبلي يقابل الاصبع جسما كبيرا لجحم مستدير اصلبا هو الجمجمة وكل من المقعدة والكتف والوجه لا يعطى هذا الاحساس . والجس البطني والتسمع يثبتان ما أثبته الجس المهبلي اذ بالجس البطني لا يوجد في محل آخر من البطن جسم يشبه رأس الجنين مالم يكن الحمل توأميا وبالتسمع توجد شدة ضربات لقلب أسفل سرة المرأة كما في شكل (٥٢) المتقدم . وأوضاع المجيء بالقمة لا تعرف بالجس المهبلي الا بعد تمدد فتحة عنق الرحم وتمزق الاغشية فبالاصبع يبحث عن اتجاه التدرز العظيم للجمجمة وعن جزء الحوض المقابل له اليافوخ المقدم كي عكن معرفة الوضع . وقد يتكون على الجمجمة حدبة دموية مصلية تخفى التدرز العظيم واليافوخ الاكثر قربا من الاصبع فاذا تمزقت الاغشية وكان تمدد عنق الرحم ببطء والانقباضات الرحمية قوية فيعسر اذن معرفة الوضع لكنه يثبت المجيء بالقمة ومعلوم انه في مائة مجيء بها يكون ثمانون في وضع مؤخري حرقفي يساري مقدم والعشرون في وضع مؤخري حرقفي عيني خلفي . ولا تتأتى معرفة المجيء بالوجه معرفة تامة الا اذا كانت فتحة العنق متسعة وجيب المياه متمزقا أو رخوا ان لم يكن متمزقا وبدون ذلك لا يدرك بالاصبع الا أشياء غير منتظمة . والجس البطني لا يحقق وجود الجمجمة لا في قاع الرحم ولا في احدى الحفر الحرقفية . وبالتسمع تدرك ضربات القلب في النقطة التي توجد فيها في حالة المجيء بالقمة كما هو واضح في شكل (٥٣) المتقدم . فاذا كانت فتحة الرحم متسعة وجيب المياه متمزقا أو رخوا ان لم يكن متمزقا فيدرك بالاصبع من جهة الى أخرى من الحوض أولا الجبهة ثانيا أصل الانف ثالثا الفم رابعا الذقن . والانف هنا هو الجزء الرئيس للتشخيص في المجيء بالوجه ووضعه لانه لا يوجد بين الاجزاء الاخرى من الجسم جزء يشبهه وباتجاه فتحتيه تعرف النقطة الموجودة فيها الذقن وعلى ذلك يعرف الوضع . وقد يعسر معرفة ذلك اذا كانت الفتحة الرحمية متمددة من مدة طويلة وجيب المياه متمزقا والرحم شديد الانقباض لان الوجه المقابل لفراغ الحوض ينتفخ ويتكون حدبتان دمويتان مصليتان في الخدين اللذين يتقاربان من بعضهما تاركين بينهما ميزابا غائرا يلتبس بالميزاب بين الاليتين لكن متى وصل الاصبع الى الانف زال اللبس . ومتى كان المجيء بالمقعدة كاملا فالجس المهبلي لا يفيد شيأ اذا كان عنق الرحم غير متمدد فاذن يكون المعول عليه هو الجس البطني والتسمع فالجس البطني يحقق وجود جسم غليظ مستدير صلب في قاع الرحم هو رأس الجنين والتسمع يكشف شدة ضربات القلب أعلى

سرة الام كما فى شكل (٥٤) المتقدم وبالجس المهبلى لايدرك شئ صلب فى الجزء السفلى من الرحم وقد يحس بالعقبين اذا كانت الاقدام منخفضة عن الاليتين فاذا توافق ذلك مع الجس البطنى والتسمع كان التشخيص حقيقيا تقريبا ويصير مؤكدا اذا كان تمدد العنق تاما وجيب المياه متمزقا فان الاصبع يقابل فى مركز الفتحة الرحمية ورما عظميا رخوا هو الألية المقدمة ويوجد خلفها ميزاب منحرف يوجد فيه بالتوالى العصعص فالشرج فالاعضاء التناسلية الظاهرة . وطرف العصعص هنا هو العضو الرئيس لتشخيص المجىء والوضع لكون قمته متجهة للجهة اليسرى أو اليمنى من الحوض أعنى الوضع الاول أو الثانى من المقعدة . وأما اذا ظهر القدمان فى الفتحة الرحمية بدل الاليتين كان التشخيص سهلا لان اتجاه العقبين يعرف نوع الوضع وكثيرا ما يعرف ذلك قبل تمزق الاغشية . وأما المجىء بالركبتين كما فى شكل (٥١) المتقدم فيميز عن المجىء بالمرفقين بعظم حجمهما خصوصا بوجود ردفتهما الصغيرة المتحركة وباتجاه حافة القصبة يعرف الوضع . وأما المجىء بأحد جنبي الجذع فلا يمكن وضوح تشخيصه بالكلية الا بعد تمدد العنق وتمزق الاغشية اذ قبل ذلك لا يمكن معرفته معرفة كافية لان عرض البطن وارتفاعه الكثير ووجود جزء مستدير صلب فى احدى الحفرتين الحرقفيتين وشدة ضربات القلب أسفل السرة بكثير كما فى شكل (٥٥) المتقدم غير كافية لتحقيق التشخيص فاذا كانت فتحة الرحم تامة التمدد والاغشية متمزقة قابل الاصبع إما الكتف نفسه أو المرفق أو الصدر أو لا يقابل شيأ فاذا قابل الكتف أدرك الطبيب ورما صغيرا مستديرا مع بروز عظمى فى مركزه هو النتوء الاخرمى . واذا كان المجىء بالمرفق أدرك الطبيب ثلاث حدبات عظمية صغيرة منضمة مع بعضها غير متحركة واذا كان المجىء بالصدر ميز بسهولة وجود الاضلاع واذا لم يدرك شيأ بالجس المهبلى كان ذلك دليلا على المجىء بالجذع لانه لو كان المجىء بجزء آخر كالقمة أو الوجه أو المقعدة لأدركه الاصبع جيدا . ومتى عرف منكب الكتف أو المرفق أو الصدر فلأجل معرفة الوضع يبحث عن ثنية الابط واتجاهها فى أى نقطة من الحوض ثم معرفة اتجاه عظم الكتف الى الامام أو الخلف ومن المعلوم أن عظم الكتف جزء من الظهر وان الرأس هى المقابلة للنقطة التى تكون ثنية الابط متجهة اليها وحينئذ متى عرف اتجاه الظهر والرأس عرف وضع الجنين . ثم اذا تدلت يد الجنين فى المهبل أو فى الفرج زالت صعوبة التشخيص لان ظهورها دليل على المجىء بالكتف فيكفى لمعرفة الوضع النظر لليد الساقطة ان كانت اليمنى أو اليسرى وأيا ما كان فظهرها يكون

جهة

جهة الفخذ اليسار أو اليمنى للام وخنصرها متجها الى الجزء المقدم أو الخلفى للحوض . فمتى كان ظهر اليد اليمنى متجها الفخذ الام اليسارى وخنصرها متجها الى القوس العانى تشخص وضع أول للكتف اليمنى (أى دماغى حرقفى يسارى) . ومتى كان ظهر اليد اليمنى متجها نحو الفخذ اليمنى للام وخنصرها نحو العجان تشخص وضع ثان للكتف اليمنى (أى دماغى حرقفى يمينى) . ومتى كان ظهر اليد اليسرى متجها نحو الفخذ اليسارى للام والخنصر متجها الى العجان تشخص وضع أول للكتف اليسارى (أى دماغى حرقفى يسارى) . ومتى كان ظهر اليد اليسرى متجها نحو الفخذ اليمنى والخنصر متجها نحو العانة تشخص وضع ثان للكتف اليسارى (أى دماغى حرقفى يمينى) وبالاختصار فنوع اليد يبين نوع الكتف واتجاه ظهر اليد يبين نوع النقطة التى تكون الرأس نحوها واتجاه الاصبع الخنصر يبين النقطة التى يكون ظهر الجنين متجها نحوها فمعرفة اليد التى تجىء تكفى لتشخيص المجىء بالجذع بشرط أن لا تكون اليد المذكورة ملتوية لكن من المهم أن يفعل مع هذا الجس المهبلى لانه شوهد مجىء بالقمة أو بالوجه مع سقوط الذراع وان كان ذلك نادرا

((فى ظواهر الولادة)) - تنقسم ظواهر الولادة الى قسمين ظواهر فسيولوجية وظواهر ميخانيكية وقبل التكلم على كل منهما نقول ان الرحم لا يتخلص من الجنين ومتعلقاته الا اذا بلغ تسعة أشهر كما تقدم وقبل التخلص ببعض أيام (نحو خمسة عشر يوما) يظهر عادة بعض أعراض خصوصا عند بكريات الولادة فى المجىء بالقمة وهذه الاعراض هى انخفاض الرحم الى أسفل البطن وبذلك يصير التنفس والهضم سهلين بخلاف المشى فانه يكون متعبا لان رأس الجنين تكون محشورة فى المضيق العلوى محاطة بجدر الرحم فتضغط وتهيج عنق المثانة والمستقيم والاعصاب العجزية وبذلك يحصل تطلب متكرر للتبول وزحير مستقيمى وتعب واعتقالات حقيقية فى الفخذين وسمانتى الساقين . فاذا كان المجىء بغير القمة لا توجد هذه الاعراض لعدم وجود ضغط على هذه الاعضاء بالدرجة المتقدمة فينتج من ذلك أن الاحتياج المتواتر للتبول والزحير المستقيمى والاعتقالات فى الاطراف السفلى لا تدل فقط على قرب الولادة بل تدل أيضا على مجىء الجنين بالطريقة الجيدة (أى بالقمة) وخلاف ذلك نادر جدا وهنالك علامات أخرى تدل على قرب الولادة وهى تندية المهبل تندية غير اعتيادية بمواد لزجة وانتفاخ الشفرين العظيمين واسترخاؤهما وحصول آلام خفيفة تنتشر من القطن الى العانة أو انقباضات خفيفة تجلسها الجزء الدائرى للرحم وهذه

الآلام الخفيفة والانقباضات التي تحصل عند البكريات قبل الولادة بيومين أو ثلاثة أيام بل من ثمانية الى خمسة عشر يوما ليست ابتداء طلق انما هي دلالة على عدم تحمل الرحم لتحصل العلوق وقرب قذفه لكن لا يبتدئ الطلق الحقيقي الا اذا كان عنق الرحم المسترخي شيأ فشيأ مدة سير الحمل قد انمحى وزال بالكلية

(في الظواهر الفسيولوجية) — الظواهر الفسيولوجية هي الانقباضات الرحمية والآلام (الطلق) والانقباضات العضلية البطنية والانقباضات المهبلية وانمحاء عنق الرحم وتمدد فتحته وسيلان المواد المخاطية اللزجة وتكون جيب المياه واتساع المهبل والفرج . فالانقباضات الرحمية من صفتها أن تكون مؤلمة متقطعة غير ارادية . والآلام الرحمية هي العلامة المهمة لدى العامة فاذا كانت قوية قيل ان الطلق جيد واذا كانت ضعيفة قيل ان الطلق بطيء لكن ليست هذه الآلام هي الانقباضات الرحمية لان الانقباضات قد تكون قوية والآلام خفيفة أو معدومة وقد شاهد المعلم (تاريز) امرأة ولدت طفلا وهي نائمة بدون أن تشعر بظواهر خروجه ولم يوقظها من نومها الا صياحه بعد خروجه من أعضاء تناسلها وقد تكون الانقباضات خفيفة مع حصول آلام شديدة جدا وهذا يحصل غالبا عند العصبيات وعند من يوجد في أعضاء تناسلها ضيق مانع لمرور الجنين أو نحو ذلك لان المعلم (أوفار) شاهد امرأة ألقت بنفسها من طاقة مستشفى الولادة بمدينة باريس بسبب شدة هذه الآلام فماتت في الحال . ثم ان مدة الألم ليست متساوية مع مدة الانقباض لأن المولد اذا وضع يده على الرحم أدرك أنه ينقبض وينتصب مدة مقدارها (١٢٠) ثانية وأن الالم لا يحصل الا بعد مضي ٣٢ ثانية من الانقباض ثم يزول بعد مضي (٦٠) ثانية من حصوله ثم يستمر الانقباض من بعد زوال الألم مدة (٢٨) ثانية . ويعرف سير المخاض من صفات الآلام الموجودة وهي أولا تكون قارصة معلنة لقرب المخاض وتسمى بالفرنساوي (موش) أي ذباب لان الاحساس يشبه لدغ الذباب وثانيا تكون محضرة وينمحي في أثنائها عنق الرحم وتتمدد فتحته وثالثا تكون قاذفة متى تم تمدد الفتحة ورابعا تكون مكسرة عند مرور جزء الجنين الآتي من الفتحة الفرجية . فالآلام القارصة تتكرر عقب كل عشرين دقيقة تقريبا وتستمر كل نوبة من نوبها نصف دقيقة وتكون قليلة الشدة ومتى حصلت وكانت المرأة ماشية وقفت وارتكزت على ما تجده بجانبها كحائط أو كرسي مثلا وظهر على وجهها علامة التألم ثم يزول عنها بسرعة وتأخذ سيرها ويعود وجهها الى هيئته الاعتيادية

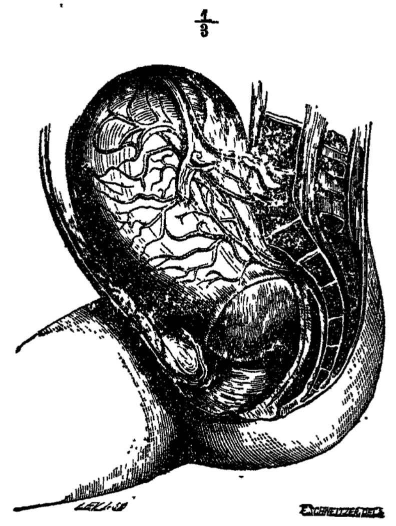
والآلام

. والآلام المحضرة تحصل عقب القارصة ولكنها أشد منها وتتكرر عقب كل عشر دقائق تقريبا وتستمر كل نوبة من نوبها دقيقة يحصل فى أثنائها تمدد فتحة عنق الرحم (تحضيرا لمرور الجنين) . والآلام القاذفة تحصل عقب المحضرة وهى أكثر منها شدة اذ فى أثنائها يصدر من المرأة صراخ حاد ينقطع عندما تفعل مجهودات بعضلها البطنى لانه ينقبض هذا العضل فى أثنائها ثم يعود الالم والصراخ ثانيا وهكذا تتكرر عقب كل خمس دقائق تقريبا وتستمر كل نوبة من نوبها دقيقة ونصفا . والآلام المكسرة تحصل عقب الآلام القاذفة ونوبها مؤلمة شديدة قصيرة المدة والفترة وتخرج فى أثنائها الاجزاء الجنينية من الفرج . ثم ان التقطع يميز آلام المخاض عن الآلام التى لا تعلق لها به . والانقباضات العضلية البطنية تحصل عندما يتم تمدد عنق الرحم وتكون بارادة المرأة فتى حصلت هذه الانقباضات قبل ان المرأة تدفع الجنين وحينئذ يمكن المولد أن يتتبع سير الاجزاء الجنينية الخارجة التى تعلن القذف . ثم ان تأثير الانقباضات العضلية البطنية يقع على الرحم وعلى الأعضاء الحشوية البطنية ولذا كثيرا ما يحدث عند حصولها خروج المواد البرازية والبولية بدون ارادة المرأة . ويقع هذا التأثير أيضا على دورة الجنين وعلى دورة الأم ولذا يدرك بالسمع أثناء هذه الانقباضات أن ضربات قلبه ضعيفة بل وقد تقف وان ضربات قلبها سريعة . والانقباضات المهبلية ليس لها أهمية عند المرأة . وتبعا للمعلم (بيثار) ان انمحاء عنق الرحم يحصل متى ابتدأ الطلق وأن حصوله علامة على ابتدائه وهذا مخالف للمعلم (تارنيو) لان الانمحاء تبعا له يبتدئ فى الخمسة عشر يوما الاخيرة من مدة الحمل . ثم ان انمحاء عنق الرحم يحصل من أعلى الى أسفل وأسبابه كثيرة . منها انقباضات الالياف الرحمية المستطيلة لانها أقوى من ألياف عنقه الحلقية . ومنها اندفاع جيب المياه وجزء الجنين الآتيين تدريجيا . وبتكرار هذه الافعال ينمحى عنق الرحم ويتم تمدد فتحته حتى تسمح لمرور الجنين فتى تم الانمحاء والتمدد لا يدرك الاصبع الا حافة الفتحة الرحمية فتكون رقيقة عند بكريات الحمل وسميكة لحمية عند متكرراته فاذا طال الطلق قد تصير منتفخة أوزيماوية وقد تكون رقيقة جدا فتصعب معرفتها ويمكن معرفتها اذا أمكن رفعها الى أعلى بالاصبع وقد لا تدرك الفتحة اذا كان الرحم مائلا الى الخلف فيلزم البحث عنها فى الامام والاعلى خلف العانة لانها تكون مختفية خلفها غالبا . والمتقدمون كانوا يقدرون اتساع تمدد فتحة عنق الرحم بقطع المعاملة فيقولون تمدد كقطعة الخمسين

سنتيماأو الفرنك أو الفرنكين أو الخمسة فرنكات وهذا التقدير لم يزل متعارفا الى الآن عند العامة والاحسن تقديره بالسنتيمترات . فيكون التمدد تاما متى صارت حافة فتحة عنق الرحم مكونة لجزء من جدر تجويف الرحم وجزء من جدار المهبل وحينئذ يكون اتساع الفتحة من (٧) الى (٨) سنتيمترات . ثم ان مدة تمام التمدد تتعلق أولا بحالة نسيج العنق وثانيا بنوع المجيء الجنيني وثالثا بقوة الانقباضات الرحمية ورابعا بحسب بنية المرأة ومزاجها فيتم بسرعة اذا كان المجيء بالقمة خصوصا في وضعها المؤخرى المقدم وببطء اذا كان بالمقعدة وببطء أكثر اذا كان بالكتف . ويتم تمدد فتحة عنق الرحم عند بكرية الحمل في مسافة تختلف من ست ساعات الى عشر وعند متكرراته في زمن يختلف من (٤) ساعات الى (٦) وكلما تقدم التمدد أسرع تمام حصوله وعلى العموم يكون التمدد تدريجيا ومستمرا وقد يقف من نصف ساعة الى أكثر من ساعة بل وقد يقف الطلق بالكلية فينغلق عنق الرحم ثانيا . ثم ان الجنين عند مروره من الفتحة التامة التمدد يمزق حافتها مهما بلغت درجتها في الاتساع فينجم عن التمزق ندب التحام يعرف بها عدد ولادة المرأة لان هذا التمزق يحصل في نقط مختلفة بتكرار الولادة . ومتى تم انمحاء عنق الرحم وتمدد فتحته سال منه مادة مخاطية ثخينة كزلال البيض مصفرة اللون قد تكون ملوثة بالدم وهذه المادة هي إفراز الغدد المخاطية الرحمية التي تراكمت في الرحم بسبب انغلاق فتحة عنقه مدة الحمل . وقد تظن العامة أن هذه المواد هي مياه الامنيوس وهو خطأ نعم قد يرشح من خلال الكيس الأمنيوسي بعض مياه فتنزل مع هذه المواد . ثم ان سيلان المادة المخاطية المذكورة يحصل قبل الآلام القاذفة في زمن يختلف من يوم الى ثلاثة أيام . وجيب المياه هو جزء من الكيس الامنيوسي المشتمل على جزء من مياهه التي يعلوها الجزء الآتي للجنين وهذا الجيب ينحشر في فتحة عنق الرحم المتمددة ويبرز منها وحينئذ اذا فعل الجس المهبلي مدة فترة الانقباضات الرحمية وجد الاصبع سطحا أملس متوترا مرنا ينضغط به فيصل لاجزاء الجنين فيعرفها الطبيب ويفهم نوعها وهذا السطح يصير محدبا متوترا زائد البروز في فتحة عنق الرحم مدة الانقباضات الرحمية كما في شكل (٥٦) ثم ان تحدب وبروز جيب المياه يختلفان فتى كان بروزه بهيئة (مومبار) أعان على العموم مجيئا معيبا مرتفعا كالمجيء بالكتف أو بالمقعدة أو بالوجه لان المجيء بجزء من هذه الاجزاء يترك بينه وبين الاغشية

انظر شكل (٥٦) مع شرحه في صحيفة (٩٩)

مسافة



مسافة كبيرة تجتمع فيها مياه الامنيوس . أما الجيب المفرطح فيعلن مجيئا منتظما منخفضا جيد العاقبة حتى ان المولدة المسماة (دوجرس) والدة المولدة المسماة (لاشابل) تقول انى لا أخشى من الجيب المفرطح . ثم ان أغشية الجيب تتمزق فى زمن ما فتسيل مياهه الى الخارج انما هذا التمزق تارة يتم فى آن واحد وتارة بالتعاقب أما مجلسه ففى الغالب يكون نحو مركز فتحة عنق الرحم وأحيانا يكون أعلاه حتى ان فتحة التمزق قد تنسد بوجود جدر الرحم فوقها وماء

(شكل ٥٦)

الامنيوس يكون شفافا وسيلانه يحصل بغتة عقب التمزق ثم يصير متقطعا بخلاف سيلان المادة المخاطية اللزجة فانه يكون مستمرا وسائله هلاميا مخاطيا لزجا . ومعرفة سلامة غشاء جيب المياه من تمزقه قد تكون صعبة اذا كان المجىء بالقمة لان فروة الرأس قد تلتبس بجيب المياه الذى لم يتمزق نعم يمكن تمييز الفروة باحساس الشعر لكن كثيرا ما يكون ملتصقا بعضه بمادة غروية زلقة فيكون سطح الفروة أملس كسطح أغشية جيب المياه فيجتهد الطبيب حينئذ فى أنه يثنى السطح مدة فترة الانقباض الرحمى فاذا انثنى علم أنه الفروة وان لم يمكن ثنيه علم انه أغشية جيب المياه الذى يكثر تحدبه مدة الانقباضات أما الفروة فتتكرش مدته وأخيرا اذا رفعت الرأس الى أعلى مدة الفترة التامة سال جزء من المياه الامنيوسية اذا كانت أغشيتها ممزقة وأيضا اذا بقى الاصبع ملامسا للجزء البارز مدة الانقباض الرحمى يحس بدفقة من سائل فاتر يخرج فى هذا الوقت وينزلق فى راحة اليد . ثم ان جيب المياه يتمزق عادة متى تم تمدد فتحة عنق الرحم . وقد لا يتمزق الا وقت خروج الرأس من الفرج

هذا الشكل يشير الى جيب مياه محدب متوتر بارز مدة الانقباضات الرحمية

فاذا كان التمزق فى وسط الجيب ومستديرا خرجت الرأس مغلفة بأغشية الجيب وحينئذ تقول العامة (ولد الطفل بطربوشه) . ثم ان جيب المياه هو المسهل لمرور الجنين بسبب اندفاعه على التوالى فى القناة التناسلية بجزء الجنين لكن اذا تأخر تمزقه بعد تمام التمدد بطؤت تقدم الولادة لانه يمنع التأثير اللاواسطى لجزء الجنين على القناة المهبلية . وقد ينجم أيضا عن خروج الاغشية مع الجنين بدون تمزق الانفصال المبكر للمشيمة . فاذا تأخر التمزق الذاتى بعد تمام التمدد لزم تمزيق الجيب بالصناعة إما بظفر السبابة أو بقضيب متثلم الطرف نوعا و يكون من خشب أو سن أو عظم عقيم أو معدن معقما جيدا وهذا أقوى . وقد يتمزق جيب المياه قبل تمدد فتحة عنق الرحم وأحيانا قبل الطلق وحينئذ يلزم تحريض الانقباضات الرحمية لاسراع خروج الجنين لانه يخشى على حياته من عدم وجود المياه وان شوهد انقذافه حيا بعد سيلان المياه بنحو (١٥) يوما بل وأكثر ولكن فى الغالب انه يموت و يتعفن اذا تأخر انقذافه بعد هذه المدة من خروج المياه . واتساع المهبل يبتدئ مع ابتداء انمحاء عنق الرحم وتمدد فتحته وهذا الاتساع ناجم عن دفع جدر المهبل بجزء الجنين والجزء العلوى للمهبل يتسع بسهولة بخلاف الجزء السفلى له المحاط بالعضلة العصعصية الرافعة للشرج القابضة للمهبل والفرج فانه يكون صعب الاتساع بحيث ان الرأس متى صارت على أرضية العجان بطؤ خروجها فيصير العجان محدبا متمددا والمستقيم منضغطا معصورا فتخرج المادة البرازية منه خروجا غير ارادى و ينفتح الشرج و يبرز غشاء المستقيم وتظهر الرأس فى الفرج زمن الانقباضات وتعود الى الداخل زمن الفترة الى أن يحصل انقباض قوى مع مجهود عضلى بطنى يخرجها فيعقب خروجها خروج الاكتاف فالاجزاء الاخرى للجذع (١)

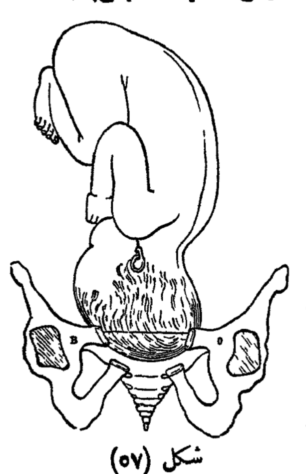
((فى الظواهر الميخانيكية)) – يحصل بالتوازى للظواهر الفسيولوجية المتقدمة الظواهر الميخانيكية وهى تنحصر فى الحركة الذاتية للجنين مدة مروره فى القناة الحوضية عند انقذافه وهذه الظواهر تختلف باختلاف نوع المجىء ووضعه من الوقت الذى تبتدئ فيه الآلام الى تمام انقذافه

((ميخانيكية الولادة فى المجىء بالقمة)) – اذا كان الجنين آتيا بقمته فالرأس المنثنية بقوة تدخل فى الفوهة المتمددة لعنق الرحم وفى المضيق العلوى فى آن واحد و يكون ذلك من ابتداء الآلام القاذفة (وهذا هو الزمن الاول) ومن هنا تنزل فى التجويف الحوضى بانثنائها بقوة شديدة أيضا (وهذا هو الزمن الثانى) ومتى وصلت الرأس الى أرضية العجان فعلت

---

(١) تنبيه كثيرا ما ينجم عن التمددات القهرية للقناة المهبلية الفرجية اثناء الولادة تسلخات وتمزقات فيها حركة

حركة دورية بها يتجه المؤخر الى الامام تقريبا (وهذا هو الزمن الثالث) ثم تجىء الى الفرج وتخرج منه بحركة انبساط تدريجية من تكرة بالقفا على الارتفاق العانى (وهذا هو الزمن الرابع) ومتى وصلت الرأس الى خارج الفرج فعلت حركة جديدة دورية تابعة لحركة الاكتاف الدورية الحاصلة فى التقعير الحوضى (وهذا هو الزمن الخامس) ثم بعقب خروج الرأس زمن وقوف فيه المرأة تستريح و يعقبه فى الحال انقباض جديد به ينتهى خروج الجنين (وهذا هو الزمن السادس) لكن يكون ذلك فى زمنين وهما زمن خروج الصدر وزمن خروج المقعدة ولكنهما لايتميزان . وأما خروج متعلقات الجنين (أى المشيمة والاغشية) فلا يحصل الا بعد خروج الجنين بعشر دقائق الى خمس عشرة . وبالجملة فتوجد هذه الستة أزمان فى انقذاف الجنين حين مجيئه بالقمة وهى . أولا انحشار الرأس فى المضيق العلوى (أى الانكماش وتناقص الحجم والانحشار) . ثانيا نزولها فى التجويف الحوضى . ثالثا الدوران الباطنى للرأس متى وصلت الى أرضية الحجان . رابعا خروجها من الفرج . خامسا دورانها الظاهرى الذى هو نتيجة الدوران الداخلى للكتفين . سادسا خروج الصدر فباقى الجذع (أى المقعدة) انما بعد خروج الرأس ينقذف الجذع بسهولة حتى لا يمكن ادراك الزمن السادس كما تقدم



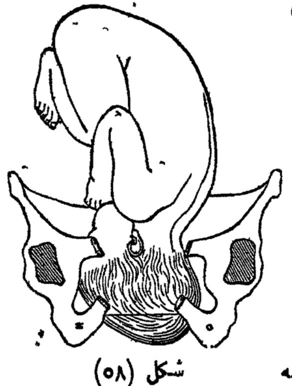
شكل (٥٧)

. وهذه الازمنة هى ميخانيكية الولادة الذاتية . ففى الزمن الاول كما فى شكل (٥٧) تنثنى الرأس وتنحشر فى المضيق العلوى على حسب محور نفس هذا المضيق و بناء على ذلك تكون الحدبة الجدارية اليمنى أو اليسرى هى النقطة الكثيرة الانحدار التى يسقط عليها أولا الاصبع الباحث لا التدريز المستطيل نفسه وذلك على حسب أول وثانى وضع للقمة . وبالجملة متى انحشرت الرأس هكذا فانها تكون منثنية بقوة لتنقص بقدر الامكان لان هذا الانثناء هو نوع تناقصها الحقيقى اذ به تنقص أقطارها . ومعلوم أن الرأس قطرها الاكثر طولا هو المقدم

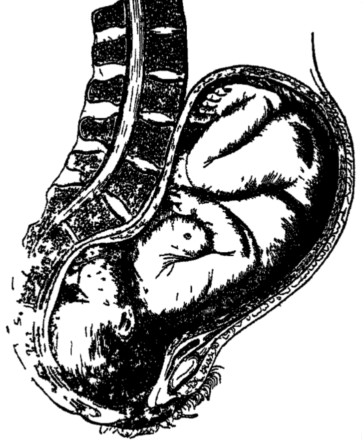
الخلفي المتدمن حرف (أو - اس) الى حرف (ف) أى من المؤخرى الى الذقنى كما فى رأس شكل (٢٨) المتقدم اذ يكون طوله (١٣) سنتيمترا ونصفا ثم يليه القطر المؤخرى الجبهى المتدمن حرف (أو) الى حرف (ف) الذى يكون طوله (١٢) سنتيمترا ثم يليه القطر تحت المؤخرى القمى الممتدمن حرف (أو - س) الى حرف (ب - ر) الذى يكون طوله (٩) سنتيمترات ونصفا ومثله القطر القصبي القمى الممتدمن حرف (ت - ر) الى حرف (ب - ر) حيث يكون طوله ٩ سنتيمترات ونصفا أيضا ومثلهما القطر الجدارى الممتد من حدبة جدارية الى أخرى أى الممتدمن حرف (ب) الى حرف (ب) فى رأس شكل (٢٧) فانه يكون طوله (٩) سنتيمترات ونصفا كذلك . وأصغر أقطار الجمجمة هو القطر الجبهى الذقنى الممتدمن الذقن الى الجبهة أى الممتدمن حرف (م) الى حرف (ف) من شكل ٢٨ المذكور . ثم ان أقطار الجمجمة تكون قليلة التناقص اذ لم يحصل لها انثناء لكونها مركبة من عظام صلبة . ثم ان القطر الاكبر طولا من جذع الجنين هو قطره المستعرض وليس المقدم الخلفى وطوله يختلف من (١٢) الى (١٣) سنتيمترا ومعلوم أن جذع الجنين متصل برأسه بواسطة ساق مرن يسمح للرأس وللجذع بأن يدور كل منهما عليه وينثنى وينبسط فوقه وهذا الساق هو العنق ومعلوم أيضا أن بعض الاقطار للمضيق العلوى ولتجويفه وللمضيق السفلى للمرأة يكون طوله (١٢) سنتيمترا وبعضها (١١) سنتيمترا ونصفا وبعضها (١١) فقط ومع ذلك فأعظم قطر من أطراف الجنين وهو الرأس أو المقعدة يمر من أصغر قطر من حوض المرأة فالرأس تمر أولا ثم الجذع وكل منهما يقطع سيره فى الازمنة السابقة . ففى زمن الانحشار أى الزمن الاول المشار له بشكل (٥٧) المتقدم يكون قطر الجمجمة (أو - اف) من شكل (٢٨) المتقدم أى المؤخرى الجبهى موازيا لاحد الاقطار المنحرفة للمضيق العلوى وقطر (ب - ب) أى الجدارى الجدارى من الجمجمة شكل (٢٧) يكون موازيا تقريبا للقطر الآخر المنحرف للمضيق العلوى وأن المحيط المؤخرى الجبهى (أو - اف) للجمجمة شكل ٢٨ يكون موازيا لمحيط المضيق العلوى وأن محور هذا المضيق يمر بالقطر القصبي القمى وفى انتهاء هذا الزمن يستبدل قطر (أو - اف) بالقطر تحت المؤخرى القمى المشار له بحروف (أب - ار) ومحور المضيق والحوض الصغير حينئذ يمر من القطر المؤخرى الذقنى عوضا عن القطر القصبي القمى . وفى الزمن الثانى ترتكز الحدبة

الجدارية

الجدارية المقدمة مهما كانت اليمنى أو اليسرى خلف قائمة قوس العانة كما فى شكل (٥٨) مدة كون الحدبة الخلفية تنزلق على الجدار الخلفى لتقعير الحوض فى محاذاة الارتفاق العجزى الحرقفى المقابل بحيث ان التدريز العظيم الجمجمى يظهر مباشرة تحت الاصبع بمجرد قرب الرأس من المضيق السفلى كما فى شكل (٥٨) المذكور . والزمن الثالث غاية وضع الجمجمة فى حالة يكون بها قطرها الاعظم أى المؤخرى الجبهى موافقا للقطر الاعظم من المضيق السفلى أى العصعصى العانى مع توجيه


شكل (٥٨)

المؤخرى الى قوس العانة كما فى شكل (٥٩) والحدبة المؤخرية لا تصل للاتجاه الى الامام مباشرة بل ترتكز خلف القائمة المقابلة لقوس العانة بحيث ان الرأس تكون فى آخر هذا الزمن منحنية دائما قليلا أعلى المضيق السفلى كما يستفاد من شكل (٥٩) المذكور وبالجملة يلزم أن يتصور جيدا أن هذه الحركة الرحوية الباطنة لا تحصل دفعة واحدة بل تتعاقب حركات صغيرة ذهابا وايابا ففى زمن الانقباض يتقدم المؤخرى الى الامام ثم


(شكل ٥٩

يتأخر قليلا وهكذا الى أن تصل الزاوية الخلفية للجدار المقدم (لا الحدبة المؤخرية نفسها) الى محاذاة المجمع العلوى للفرج واذا نزلت القمة فى أول وضع يقل ادراك هذه الحركة الرحوية فانها لا تساوى واحدا من ستة عشر من الدائرة كما فى شكل (٥٩) وأما اذا وصلت

القمة الى أرضية الحوض فى الوضع الثانى فتكون هذه الحركة الرحوية أكثر من ربع دائرة . وفى الزمن الرابع يدخل المؤخرى تحت القوس العانى مباشرة تقريبا حتى يحيط الارتفاق العانى بالقفا احاطة تامة كما فى شكل (٦٠) وحينئذ تدور الرأس بتمامها على هذا القفا الذى هو مركز الحركة وتنبسط شيأ فشيأ حتى تخرج من الفرج لأن هذا الخلاص يحصل فى الغالب ببطء خصوصا عند بكريات الولادة وفى هذا الوقت يحصل ألم شاق يسمى بالألم المكسر يحمل المرأة على الصياح الشديد ويجعلها غائبة عن الوجود ويقلص جميع عضلات جذعها وذراعيها تقلصا شديدا حتى تساعد الرحم ثم تنتهى من ذلك بطلق شديد . ويلزم معرفة السير الطبيعى للرأس عند مجاورتها الفرج



شكل (٦٠)

لانه ربما التجئ الى وضع جفت الولادة عند البكريات ذوات العجان الصلب مثلا فيلزم تقليد هذا السير الطبيعى لاجل عدم قهر تمدد أعضاء التناسل الظاهرة أعنى ان الاولى منع جذب الرأس حال كون الحدبة الجدارية مشرفة على الخلاص . وأخيرا فى الزمن الخامس تتحرك رأس الجنين حركة جديدة رحوية تحمل الوجه على الاتجاه الى الجهة الانسية والخلف قليلا من فخذ الأم كما فى شكل (٦١) وهذه الحركة نتيجة دوران رحوى باطنى للاكتاف به يصير القطر الاخرمى غير موازلأحد الاقطار المنحرفة للتقعير الحوضى ومواز تقريبا للقطر العصعصى العانى ولكن هذه الازمنة الخمسة لا تكون دائما ممتازة كاذكرنا فانه يختلط

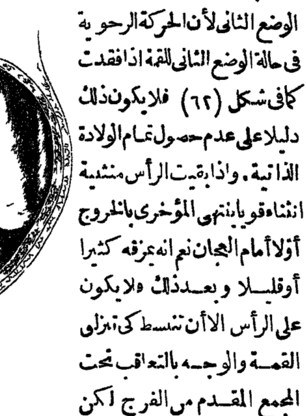


شكل (٦١)

عند كثير من النساء اللاتى ولدن عدة أولاد الزمنان الاولان بل الثلاثة . وقد يشاهد عند

بعض

بعض النساء فقد الحركة الرحوية الباطنة أو ازديادها فتى فقدت يصير المؤخرى موضوعا بالعرض أو يجاور العجز بسبب حركة مضادة . وأما اذا كانت الحركة متزايدة فان المؤخرى يتجاوز الارتفاق العانى و يجاور الفرع العانى المقابل الذى كان حقه أن يقف خلفه فحينئذ تصل الحركة الرحوية فى حالة أول مجىء بالقمة الى (٦٠) درجة عوضا عن أن تكون (٢٢) . وفى حالة الوضع الثانى تصل الى (١٨٠) درجة عوضا عن (٩٠) فاذا حصل من اتجاه الرأس حال خروجها من الفرج شك فى الوضع الاول من المجىء بالقمة فلا يكون على المولد الا البحث عن المجلس الحقيقى للبروز المصلى الدموى اذا وجد ولو كان صغيرا لأجل زوال الشك لان البروز المذكور يكون مجلسه الجدارى الايسر متى كانت القمة فى نفس هذا الزمن فى الوضع الثانى لأن الحركة الرحوية فى حالة الوضع الثانى للقمة اذا فقدت كما فى شكل (٦٢) فلا يكون ذلك دليلا على عدم حصول تمام الولادة الذاتية . واذا بقيت الرأس منثنية انثناء قويا ينتهى المؤخرى بالخروج أولا أمام العجان نعم انه يعزقه كثيرا أو قليلا و بعد ذلك ولا يكون على الرأس الآن تنبسط كى تنزلق القمة والوجه بالتعاقب تحت المجمع المقدم من الفرج لكن



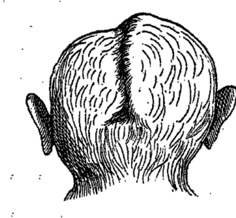
شكل (٦٢)

يتأسف من انبساط الرأس قبل أن يتم خروج المؤخرى أمام العجان لان القطر المؤخرى الجبهى ثم المؤخرى الذقنى يجاوزان القطر العصعصى العانى الذى ليس له امتداد مماثل لهما فيحصل حينئذ انحصار الرأس فلا يمكن خروجها الا بتفنيتها . وأما الوضع الثالث والرابع والخامس والسادس للقمة (التى هى نادرة جدا) فيخاديكية الولادة فيها اوا حدة وأخيرا متى كانت الرأس الى الخارج تبعها الكتف المقدم الذى يبرز تحت القوس العانى أولا ثم يخرج الخلفى ومتى خرج الكتفان فان الجذع يتبع الحركة الرحوية لهما و يصل الجنين بين فخذى أمه و يكون بطنه الى الامام و بناء على ذلك يكون

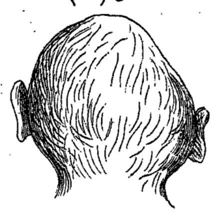
وجهه الى أعلى وهذا الوضع مناسب لتنفسه بسهولة . وفى مدة الولادة يحصل فى الرأس تنوعات مختلفة كتكون حدبة مصلية دموية فى الاجزاء الرخوة لها فى النقطة المقابلة لفتحة الرحم المتمددة وهذه الحدبة يكون مجلسها الزاوية الخلفية العليا الجدارى اليمنى فى الوضع الاول للمجىء بالقمة ويكون أعلى قليلا وخلف الحدبة الجدارية اليسرى فى الوضع الثانى للمجىء بالقمة كما فى شكل (٦٣) . ومتى كان الطلق بطيئا يحصل تنوع فى اليوافيخ وفى التداريز بتركيب العظام فوق بعضها فتكون الزاوية المؤخرية أسفل الزوايا الخلفية العليا للجداريين وتكون الحوافى العليا العظام الجبهة أسفل الزوايا المقدمة العليا للجداريين والحوافى العليا للجداريين متركبة فوق بعضها كما فى شكل ٦٤ وقد ينتج من الضغط على الرأس شكل غير منتظم كما فى شكل (٦٥) . وفى الولادة بالوجه يوجد أيضا خمسة أزمان وهى . أولا دخول الرأس فى المضيق العلوى فى حالة بسط قهرى . ثانيا نزول الرأس الى أرضية العجان منبسطة انبساطا قويا أيضا . ثالثا دوران الرأس الباطنى الذى يوجه الذقن الى تحت القوس العانى . رابعا خروج الرأس من الفرج بواسطة انثناء تدريجى . خامسا الدوران الظاهرى للرأس الذى هو نتيجة الدوران الباطنى للاكتاف التى قطرها الاعظم يوازى أعظم قطر للمضيق السفلى (أى العصعصى العانى) وهنا أيضا لا يحصل الدوران الباطنى والخروج من الفرج الا بواسطة تعاقب حركات صغيرة ذهابا وايابا كما فى حالة المجىء بالقمة . وفى زمن الخروج تدور الرأس على قاعدة الفك المرتكز تحت القوس العانى لاجل فعل انثناء تماما كما يحصل للقفا مع القوس العانى فى المجىء بالقمة . وفى أثناء حركة انثناء الرأس تظهر القمة فاليافوخ فالمؤخرى أمام العجان . والدليل على كون الولادة ذاتية فى حالة المجىء بالوجه خروج الذقن أولا تحت القوس العانى



شكل (٦٣)



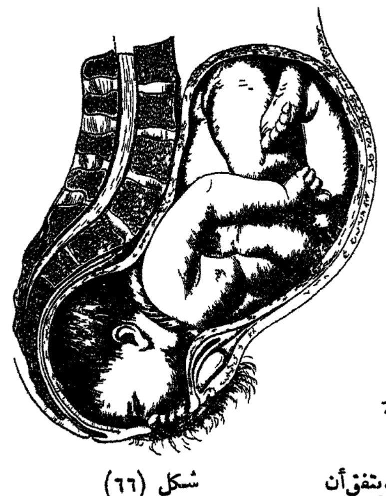
شكل (٦٤)



شكل (٦٥)

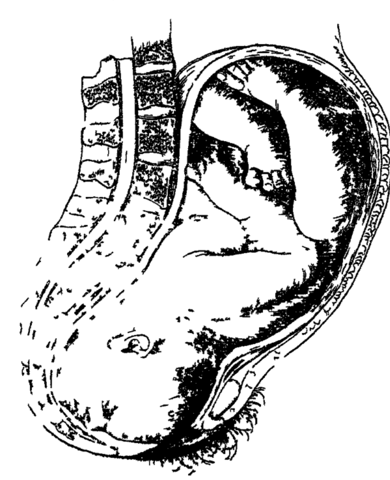
عقب

عقب انثناء الرأس الى الخلف
انثناء قويا كما فى شكل (٦٦)
وبدون ذلك فالقطر المؤخرى
الذقنى الذى طوله من (١٣)
سنتيمترا الى (١٣) ونصف يصير
موازيا للقطر العصعصى العانى
الذى لا يتجاوز طوله (١٢)
سنتيمترا وبذلك لا يمكن خروج
الرأس بخلاف ما اذا أتت
الذقن أولا تحت القوس العانى
فيمر القطر القصبى القمى ثم
القطر القصبى المؤخرى بسهولة
لان قطر كل منهما لا يتجاوز
تسعة سنتيمترات ونصف . وقد يتفق أن

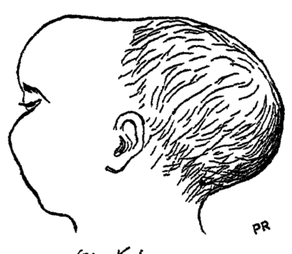


شكل (٦٦)

الذقن تبقى الى الخلف كما فى
أول وضع للمجىء بالوجه بسبب
عدم حصول الدوران كما فى
شكل (٦٧) ومع ذلك قد
تحصل الولادة الذاتية فمن
الجائز حينئذ ان الذقن بدل ان
ترتكز على قاعدة العصعص
تسكن فى الشرم العظيم الوركى
خافضة للاجزاء الرخوة التى
تغطيه وبذلك يقل من القطر
المؤخرى الذقنى نحو (٢)
سنتيمتر وذلك يسمح له بالانزلاق
خلف الفرع العانى المقابل له
ويخرج هو أولا من تحت القوس العانى فيحصل



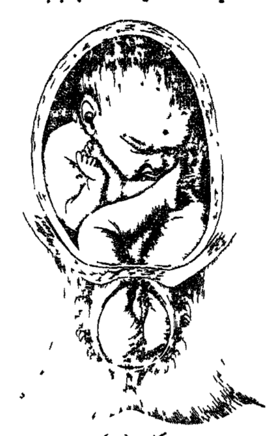
شكل (٦٧)



شكل (٦٨)

حينئذ تبديل المجىء المعيب بالمجىء بالقمة المنتظم. وفى المجىء بالوجه يتكون فى أغلب الاحوال حدبة مصلية دموية مجلسها الزاوية التى تلى الأمام وهذه الحدبة تمتد فى الغالب الى الاجزاء المجاورة كالعين والخد والانف وبذلك يولد الطفل منتفخ الوجه ذاهيئة بشعة تزداد بشاعتها بتغير شكل الجمجمة كما فى شكل (٦٨)

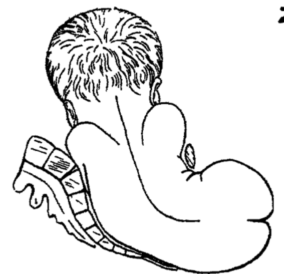
(فى الولادة بالمقعدة) — فى ميخانيكية الانقذاف بالمقعدة ينبغى أن يعد أيضا خمسة أزمنة. ففى الاول (ولنفرض المجىء كاملا) تدخل الاليتان فى المضيق العلوى بسبب تناقص حجمهما. وفى الثانى ينزلقان فى التقعير الى أرضية الحوض بحفظهما الوضع الذى كانا عليه أولا. وفى الثالث يعتريهما دوران باطنى به تصير احداهما متجهة تقريبا الى الامام والاخرى متجهة تقريبا الى الخلف. وفى الرابع يخرجان من الفرج بواسطة تتابع حركات صغيرة ذهابا وإيابا. والالية المقدمة هى التى تخرج دائما أولا شكل (٦٩) كما يحصل فى خروج الاكتاف فى المجيآت بالرأس. وفى الزمن الخامس يحصل فى الجزء الخارج دوران ظاهرى به يصير السطح المقدم للجنين متجها الى الجهة الانسية


شكل (٦٩)

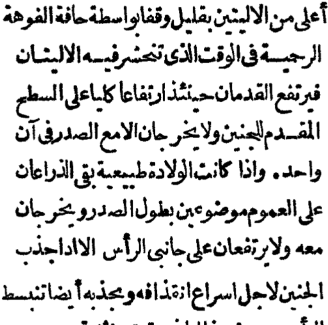
وقليلا الى الخلف لاحد فخذى الام على حسب الوضع كما فى شكل (٧) فاذا كانت الاقدام أكثر انخفاضا من الاليتين فالقدمان هما اللذان يخرجان أولاً أو أحدهما كما فى شكل (٧١) ولكن عادة يخرجان معا وحينئذ متى وصلت المقعدة الى المضيق العلوى يبتدئ سير الخمسة أزمان التى سبق ذكرها كما اذا كان المجىء كاملا بدون فرق واذا كان القدمان

انظر شكل (٧٠ و ٧١) فى صحيفة ١٠٩

أعلى



شكل (٧٠)



أعلى من الاليتين بقليل وقفا بواسطة حافة الفوهة الرحمية فى الوقت الذى تنحشر فيه الاليتان فيرتفع القدمان حينئذ ارتفاعا كليا على السطح المقدم للجنين ولا يخرجان الامع الصدر فى آن واحد . واذا كانت الولادة طبيعية بقى الذراعان على العموم موضوعين بطول الصدر ويخرجان معه ولا يرتفعان على جانبى الرأس الا اذا جذب الجنين لاجل اسراع انقاذه ويجذبه أيضا تنبسط الرأس وبدون هذا الجذب تبقى منثنية على الصدر اضغط قعر الرحم عليها . ومتى كان الكتفان الى الخارج (بحيث ان أحدهما الى الامام والآخر الى الخلف) بقيت الرأس فى التقعير كما فى شكل (٧٢) مرتكزة بالقفا على أحد جوانب الارتفاق العانى فتخرج الذقن ثم باقى الوجه ثم الجبهة فاليافوخ فالقمة وأخيرا المؤخرى بالتعاقب أمام العجان ثم تدور الرأس على القفا الذى هو مركز الحركة فاذا بقى المؤخرى الى الخلف عرضا عن أن يأتى الى الامام لسبب ما كان ذلك عرضا يستدعى توسط المولد ومع ذلك لا يخشى من هذا العارض اذ قد

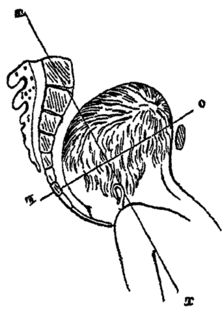


شكل (٧١)

تتم الولادة الذاتية قهرا عن ذلك بسبب كون الرأس بقيت منثنية فتنزلق الجبهة من أعلى الى أسفل خلف العانة حالة كون المؤخرى باقيا ثابتا فى تقعير العجز كما يحصل من وضع اليد

انظر شكل (٧٢) فى صحيفة ١١٠

فى فم الجنين لتنثنى رأسه كما فى شكل (٧٣) واذا لم تخرج بنفسها أخرجت بوضع الاصبع فى فم الجنين كما فى الشكل المذكور . وقد يكون عدم خروج الرأس بنفسها بسبب أنها تكون منبسطة فى المضيق العلوى والذقن باقية معلقة أعلى العانة كما فى شكل (٧٤) فيحتاج لمساعدة الطبيب لانزلاق المأخرى على العجز ثم على الوجه العلوى من العجان ثم يخرج الاول من المجمع الخلفى للفرج كما فى هذا الشكل . أما الخطر



شكل (٧٢)

الوحيد فى المجىء بالمقعدة فهو تعريض الجنين كثيرا للاسفكسيا بسبب ضغط الحبل السرى لكن عندما تكون الاطراف السفلى مرتفعة على الوجه المقدم للجنين تكون أخطار الضغط المذكور قليلة لان فوهة الرحم تمددت كثيرا من ابتداء زمن الانقذاف فتفقد بعض قوتها أكثر من حالة المجىء بالاقدام أو لأن الحبل السرى قد وقى لوجوده إما بين الساقين وإما بجانب أحدهما فيكون هنالك وقاية له من تأثير ضغط الدائرة الرحمية . وقد لا يحصل تغير فى شكل الجمجمة حال المجىء بالمقعدة كما فى شكل (٧٥) (فى ميخانيكية الولادة فى المجىء بالجذع) - فى هذا المجىء يميل الرحم بانقباضاته لأن يأخذ شكلا بيضاويا منتظما ليحيل المجىء الردىء للجنين الى مجىء طبيعى



شكل (٧٣)

انظر شكل (٧٤ و ٧٥) فى صحيفة ١١١

لكنه



لكنه لاينجح فى ذلك دائما
خصوصا عند من ولدن عدة
أولاد وحصل عندهن
ضعف فى الرحم ولا
يسمح أبدا باستمرار المجىء
المستقيم بالبطن أو الظهر
بل يسمح فى الاغلب باستمرار
المجىء باحدى جهات الجذع
لان هذه الجهات لما كانت
ضيقة وغير منتظمة لم يكن
لها سطح يسمح لجدر الرحم
بالتأثير عليها كما تؤثر على
البطن والظهر . وأيا ما كان
فالمجىء بالكتف حالة تستدعى
دخول اليد لاجل عمل التحويل القدمى

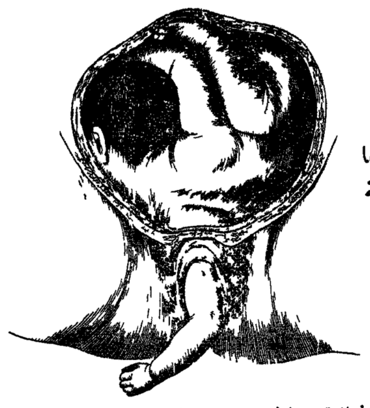
شكل (٧٤)

وهذه قاعدة عمومية والطبيب الذى يصل فى الوقت
المطلوب لعمل التحويل يخطئ اذا اعتمد على المجهودات
الطبيعية نعم يمكن حصول الولادة فى بعض الاحوال
بواسطة القوى الوحيدة للبنية متى كان الحوض متسعا
والجنين صغيرا فالكتف حينئذ يدخل دخولا عميقا فى
التقعير ويسكن تحت القوس العانى فيترك مسافة بينه
وبين العجز لكى يمكن الطرف المقعدى الجنينى الانزلاق
من أعلى الى أسفل على الجدار الخلفى من القناة الفرجية

شكل (٧٥)

الباطنية ويخرج الاول أمام العجان وهذا يسمى بالتحويل الذاتى للجنين وهو يستدعى طلقا
شديدا من جهة الرحم حتى انه مات (٣٥) جنينا من (١٣٧) ولدوا بهذه الكيفية وان ثلاثة
أرباع الامهات قدمتن أيضا بسبب الاضمحلال العصبى أو بسبب الالتهاب الرحمى البريتونى

• ويمكن أيضا أن يعدّ فى ميخانيكية الخروج الذاتى فى المجىء بالجذع خمسة أزمنة متميزة • ففى الزمن الاول (وهو زمن التصغير والوصول للمضيق العلوى) ينثنى الجنين بقوة على الجهة المقابلة للجهة الآتى بها وتكون الرأس موضوعة على الصدر وضعا مختلفا ويتقارب الكتف العلوى والألية العلوية من بعضهما وأما الكتف الاسفل يستطيل بانضغاطه ضغطا حلقيا فيدخل فى المضيق • وأحيانا تسقط اليد كما فى شكل (٧٦) • وفى الزمن الثانى (وهو زمن النزول) يدخل الكتف زيادة فى التقعير والجنب السفلى ينزل بنفسه بحيث يلامس أرضية العجان تقريبا كما فى شكل (٧٧) • وفى الزمن الثالث (وهو زمن الدوران الباطنى) يفعل الجنين مع كونه منثنيا على نفسه حركات صغيرة ذهابا وايابا فى الاتجاه الافقى وهذه الحركات تصير الرأس على العانة وجانب العنق خلف الارتفاق العانى والمقعدة فى التقعير العجزى كما فى شكل (٧٨) • وفى الزمن الرابع (وهو زمن الانبساط الجانبى أو خروج الجذع) يخرج كل من جنبه وحرقفته جهة الكتف الآتى وأخيرا يخرج على التعاقب الاليتان ثم القدمان أمام العجان كما فى شكل (٧٩) • وفى الزمن الخامس يحصل دوران ظاهرى يجعل الظهر الى الامام وهو نتيجة دوران باطنى تفعله الرأس كى يصير المؤخر الى الامام ويخرج

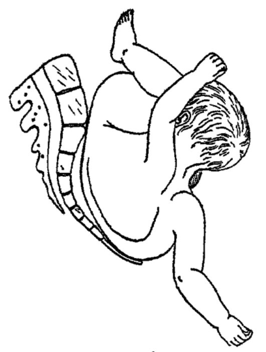


شكل (٧٦)

(شكل ٧٧)

انظر شكل (٧٨ و ٧٩) فى صحيفة ١١٣

كخروجه



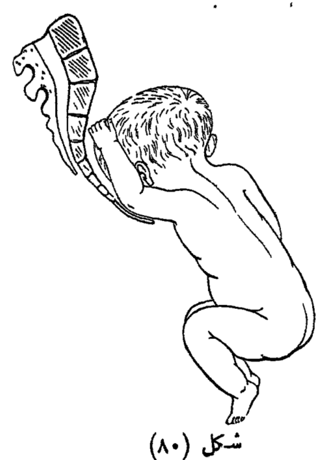
شكل (٧٨)

كخروجه فى الولادة الاعتيادية بالمقعدة كما فى شكل (٨٠) فاذا تأملنا الآن الى ميخانيكية الولادة فى كل مجىء نرى انه يوجد فى كل منها ميخانيكية أصلية دائما متكونة من خمسة أزمنة كما ذكر . ففى الزمن الاول يكابد جزء الجنين الآتى ضغطا يصغر حجمه بل وينوع شكله كى يدخل فى المضيق العلوى بسهولة ما أمكن ومن هنالك فى التصغير (وهو زمن التصغير والدخول) والتصغير يحصل بطرق مختلفة على حسب الجزء الآتى فان كان المجىء بالمقعدة التى يوجد فيها كثير من الاجزاء الرخوة كان تصغير الحجم حقيقيا . وكذا اذا كان المجىء بالاكتاف لانها قابلة للتصغير بتداخل حقيقى وبخروج الكتف الذى يأتى تحت القوس العانى . واذا كان المجىء بالرأس كان التصغير قليلا وهو يحصل بسبب انثنائها انثناء قهريا اذا كان المجىء بالقمة أو بسبب انبساطها

شكل (٧٩)

انبساطا قهريا اذا كان بالوجه المجىء ومهما كان نوع المجىء فالقاعدة دائما واحدة وهى التنقيص لسهولة الدخول فى المضيق العلوى . وفى الزمن الثانى ينزل الجزء الداخل فى المضيق الى قعر التجويف بقدر ما يسمح به شكله وأبعاده فهو حينئذ زمن نزول ودخول كامل . وفى الزمن الثالث يفعل الجزء الواصل الى أرضية الحوض حركة الدوران الباطنى الذى غايته وضع جزء الجنين الذى سيخرج بكيفية بها يصير قطره الأعظم فى المضيق السفلى موازيا للقطر العصعصى العانى الذى تصير به الحركة العصعصية أكبر من الآخر . وفى الزمن الرابع يخرج من الفرج الجزء الذى فعل الحركة الدورانية

انظر شكل (٨٠) فى صحيفة ١١٤



الباطنية وهذا الخروج يحصل بطرق مختلفة تبعا لجزء الجنين الآتى وتبعا لانثناء أو بسط الرأس وعلى كل فالقصد منه واحد وهو خروج الجزء الذى فعل الحركة الدورانية الباطنية . وفى الزمن الخامس يفعل الجزء الموجود فى الحوض حركة دوران باطنية بها يصير قطره الأعظم موازيا للقطر المقدم الخلفى للمضيق السفلى كى يتبع الجزء الذى خرج فيكون الدوران الخارجى للجزء الخارج أولا نتيجة الدوران الباطنى للجزء الثانى

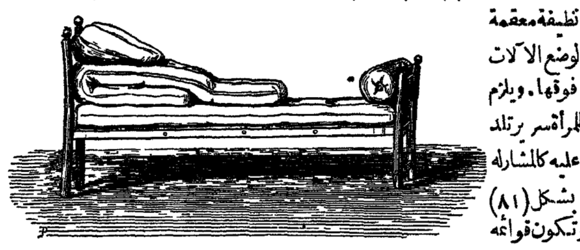
شكل (٨٠)

(فى ميخانيكية الولادة التوأمية) — اذا كان مجىء التوأمين برأسهما كما هو المعتاد كثيرا حيث بلغ (١٣٤) مرة فى (٣٢٩) ولادة أو جاء أحدهما برأسه والآخر بقدميه وهو قليل حيث كان (٨٦) مرة فى (٣٢٩) ولادة فلا يوجد فى ميخانيكية انقذافهما شئ مخصوص يذكر انما يلزم فقط معرفة أن الطلق هنا ليس دائما سريعا بل يكون بطيئا غالبا بسبب ضعف الانقباضات الرحمية التى لا يمكنها أن تؤثر على الجنين الاول وتقذفه الا من خلال الثانى فتضعف الانقباضات فيما بعد وتفقد أغلب قوتها عند تأثيرها على الجنين الثانى. فاذا كان لكل من الجنينين جيب متميز متكون من سلى وأمنيوس وكان لكل منهما مشيمة متميزة يمكن أن يتأخر نزول الثانى عن نزول الاول بعدة ساعات بل وبيومين أو ثلاثة أو أكثر واما اذا كان الجنينان منحصرين فى جيب واحد ولهما مشيمة عامة فانقذافهما يكون متتابعا فمتى ابتدأ الطلق فلا ينقطع حتى ينزل الاخير وفى هذه الحالة قد تطرأ عوارض محزنة اذ ربما اتفق أن أقدام أحدهما تدخل بجانب رأس الآخر أو يكون مجيئهما بالاقدام فتأتى بدون انتظام فى الفوهة الرحمية أو يكونان متصالبين فى حالة مجيئهما بالعرض بحيث تكون رأس أحدهما فى الحفرة الحرقفية اليمنى ورأس الآخر فى الحفرة الحرقفية اليسرى فعلى الطبيب مداركة كل حالة بما يناسبها

(فيما يجب على المولد فعله عند من جاءها المخاض) — يلزم أن تحضر للمرأة قاعة تلد فيها بشرط أن تكون واسعة هاوية خالية من الستائر والفرش والدواليب لا يترك

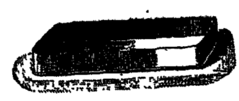
فيها

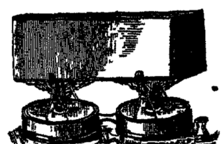
فيها الاطاولة واحدة ثم تغسل القاعة بمحلول السليمانى أو تبخر أولا بحرق الكبريت فيها بعد سد المنافذ والابواب وتستمر على هذه الحالة مدة (٢٤) ساعة ثم تفتح وتغسل الطاولة بمحلول السليمانى بنسبة (١) على (٢٠٠٠) من الماء وبعد ذلك تجفف بالقطن المعقم ثم تغطى بملاءة نظيفة معقمة لوضع الآلات فوقها . ويلزم للمرأة سرير تلد عليه كالمشار له بشكل (٨١) وتكون قوائمه من حديد



شكل (٨١)

وأرضيته من خشب ثم يوضع هذا السرير متباعدا عن الحائط كى يتمكن من الدوران حوله بدون عائق ثم يفرش عليه مرتبتان مرتبة سفلى تفرش بطولها ويوضع فوقها مشمع معقم وملاءة معقمة وحرام معقم أيضا يوضع طرفه المتجه نحو الاقدام أسفل المرتبة وطرفه الآخر وجوانبه تلف وهذا هو السرير الدائم ثم يوضع فوق ذلك مرتبة أخرى ينثنى أكثر من ثلثها أسفل باقيها ويوضع فوق هذه المرتبة مشمع معقم ثم ملاءة معقمة مفروشة بطولها وكذلك جملة ملاآت أخرى معقمة ومطوية أربع طيات توضع بعرض السرير تحت مقعدة المرأة لتتشرب السوائل التى تخرج منها وتختفى فيها المواد البرازية اذا خرجت بدون ارادتها وقت الدور الاخير للمخاض فالمرتبة العليا وما فوقها تسمى بالسرير الوقتى للولادة اذ بعد انتهائها ترفع مع ما عليها بعد تنظيف المرأة من مواد الولادة . ويلزم تحضير السرير من ابتداء تمدد عنق الرحم وعلى الطبيب أن يحضر كثيرا من الفوط الدافئة المعقمة وأوانى صينية وفرشا لغسل الأيدى ومنظفا للأظافر يكون من معدن وصابونا سليمانيا وكمية من الكؤول النقى لغسل اليدين بعد غسلهما بالماء المغلى والصابون بواسطة الفرشة وقبل غسلهما بالسليمانى ويحضر أيضا لمبة كؤلية وحوضا معدنيا لغلى الماء وتعقيمه وتعقيم الآلات المعدنية ولاجل هذا التعقيم يوضع الماء البارد فى الحوض الذى هو عبارة عن اناء معدنى داخله مصفاة معدنية ذات قوائم توضع عليها الآلات ثم يغطى الحوض وتوقد اللمبة التى أسفله

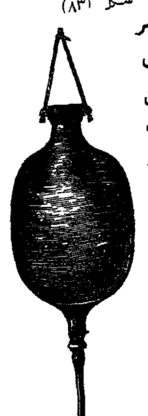




شكل (٨٣)

كما فى شكل (٨٢) ويستمر على ذلك حتى يصل الماء الى درجة الغليان ويستمر بعد ذلك أيضا نحو نصف ساعة ويحضر أيضا جهاز لعمل الزروقات المهبلية وهذا الجهاز اما أن يكون كوزا من صينى أو من بلور متصلا بلىّ منته بانبوبة من البلور كما فى شكل (٨٣) واما أن يكون من الكاوتشو كما فى شكل (٨٤) أو من معدن كما فى شكل (٨٥) ويحضر أيضا مجس رحمى ذو طيار مزدوج كالمشار له بشكل (٤٨) المتقدم وجهاز لقبول ماء الغسيل المهبلى يوضع أسفل السرير ويوصل بالاناء الموضوع تحت مقعدة المرأة كما فى شكل (٨٦) واذا كان الماء حارا وخشى احساس الحرارة وضعت أنبوبة من خزف ذات صيوان تسد الفرج وتمر منها الانبوبة المهبلية الكاوتشية كما فى شكل (٨٧) وأيضا تحضر قساطير بولية اذ ربما اقتضت الحالة للتبول بواسطتها وكرسى أو إناء للتبرز لانه ربما احتاجت اليه المرأة وكذا جملة لترات من الماء الحار المغلى المعقم موضوعة فى أوان بعد الغلى ومسدودة فوهاتها بالقطن المعقم سدا محكما ويحضر ماء بارد مرشح ومغلى وكذا حمام صغيرا وحوض أو اناء كبير لاجل استحمام الطفل فيه وليمون ومحلول نترات الفضة واحد على مائة من الماء ومسحوق اليودفورم ومسحوق الليكوبود وكثير من الكرات القطنية المعقمة أو الشاش المعقم يحفظ فى قطرميزات معقمة مسدودة الفوهة بالقطن المعقم سدا محكما ويحضر مناشف معقمة سخنة لتجفيف المولود بعد استحمامه ولتغليفه عند فصله من والدته ومرهم سليمانى مكون من (١) من السليمانى و (٥٠٠) من الفازلين أو مكون من (١) من حمض البوريك و (٣٠) من الفازلين وأوراق كل ورقة تحتوى على خمسة وعشرين سنتجراما من السليمانى وجرام من حمض الطرطيريك ونقطة من المادة الملونة للنيلة ولاجل استعمالها يذاب ما فى داخل ورقة واحدة فى لتر من الماء السخن المغلى بعد وضعه فى اناء مطلى بالميناوليس فى اناء معدنى لان هذا السائل يتلف المعادن ثم يحرك

شكل (٨٣)



شكل (٨٤)

انظر شكل (٨٥ و ٨٦) فى صحيفة ١١٧ وشكل (٨٧) فى صحيفة ١١٨

مدة

مدة فيصير بعد ذلك تركيبه واحدا على أربعة آلاف وحينئذ يكون صالحا التعقيم الأوانى والآلات غير المعدنية كالتى من البلور أو من الصينى أو من الصمغ المرن أو من الكاوتشو المتصلب أو المعادن المطلية بالمينا أو بالنيكل أما الآلات المعدنية كالجفوت والمقصات ونحوهما والحوض الذى من القصدير أو من الزنك فتعقم بوضعها فى الماء النقى فى حوض التعقيم المتقدم ثم يغلى فيها الماء بواسطة اللمبة الكؤلية الكبيرة الحجم كما فى شكل (٨٢) المتقدم ويحضر المولد أيضا غاز اليودوفورم كما أنه يلزم أن يجهز سرير وملابس للطفل ويؤتى له بما ينعشه كأن يؤتى له بجزء من الخل أو العرقى أو الكونياك أو ماء كولونيا وقطعة من فانلا بيضاء معقمة وريشة أوز بزغبها وأنبوبة حنجرية أى منفاخ حنجرى لنفخ الهواء فى حنجرته

شكل (٨٥)

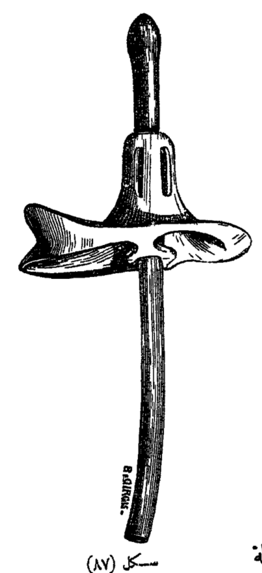
شكل (٨٨) اذا احتيج لذلك وان يحضر جفت الولادة المنفصل للعلم باجو شكل (٨٩) وجفت آخر بدون أسنان وثاقب الجمجمة ومفتت الجمجمة وجفوت صغيرة ذات ضغط مستمر لتوضع على الحبل السرى قبل ربطه وجفت بوليب ومقص مستطيل ومشابك صغيرة واسطوانات من



شكل (٨٦)

جذور اللامانار يا وخيوط من حرير معقم تحفظ فى قطرميز معقم صغير طول كل خيط منها

انظر (شكل ٨٨) فى صحيفة ١١٨ (وشكل ٨٩) فى صحيفة ١١٩



شكل (٨٧)

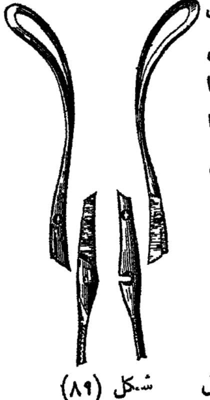
من (٣٠) الى (٦٠) سنتيمترا لربط الحبل السرى وتحضر أيضا خرق صغيرة معقمة ولفة قطن معقم ولفافة بدن معقمة للطفل طولها (٤٠) سنتيمترا وعرضها (٨) سنتيمترات وبأطرافها أشرطة لربطها ليستغنى بها عن الدبابيس ثم يوضع ذلك فى قطر ميزات بعد التعقيم وذلك للغيار على الحبل السرى . وكذلك يلزم أن تحضر لفافة بدن سميكة تحفظ معقمة لتحزم بها المرأة بعد الولادة وتحضر ابر وخيوط معقمة للخياطة وحقنة لحقن المرأة تحت الجلد بالمصل الصناعى اذا احتيج لذلك وهذا المصل يتكون من كلورور الصوديوم (٥) جرامات ومن سلفات الصودا (١٠) جرامات ومن الماء النقى المغلى المرشح (١٠٠٠) جرام . وكذا يلزم أيضا أن تحضر كمية من الكلوروفورم النقى وكمية من الجويدار تسحق فقط وقت المخاض وآلات تقطيع الجنين وآلة بارلة طويلة وبرجل المعلم بودولوك وملعقة المعلم باجو السابقة الذكر

شكل (٨٨)

وخيط متين منته بثقل من الرصاص مع كلاب . ثم ان ملابس المولد أو القابلة والمرأة الحامل يلزم أن تكون معقمة جيدا مغلية نظيفة (جديدة) . ويلزم المولد أن يقابل المرأة بالبشاشة وأن يسكن روعها فاذا لم يسبق له معرفة بها لزمه أن يسأل عن أحوالها كما تقدم أى يبحث عن سنها وعن صحتها الاعتيادية وعن تاريخ طمثها الاول وسيره فى الاوقات الاخرى وعن آخر طمث لمعرفة مدة الحمل فاذا كانت ممن تكررت ولادتها يسأل عن كيفية

انظر شكل (٨٩) فى صحيفة ١١٩

(٨٨) هذا الشكل يشير لمنفاخ مكون من كرة من الكاوتشوك ومن أنبوبة حنجرية فبالكرة ينفخ الهواء فى الحنجرة الولادات



شكل (٨٩)

الولادات السابقة ثم يبحث عن ألغاط القلب التي بها يعرف أنها حامل ويكون التسمع مدة راحة الرحم ثم يسألها هل حصل لها انخفاض البطن فاذا أجابت بأنه حصل سألها عن اليوم الذي حصل فيه ثم يسألها أيضا هل حصل عندها آلام وهل أدركت سيلانا مهبليا مخاطيا ثخينا كزلال البيض فاذا أجابت عن ذلك كله بانه حصل لا يعول عليه تماما بل يفعل الجس المهبلي لانه هو المحقق لذلك كله وقبل فعل الجس يلزمه أن يغسل يديه هو ومن يساعده كما تقدم ثم يدهن سبابة احدى يديه بالمرهم السليماني أو البوريكي لسهولة الانزلاق والدخول في المهبل فيبحث عن حالة عنق الرحم وحالة فتحته فتى تحقق من الحمل ومن قرب انتهائه يفعل حقنة مسهلة مكونة من الماء الدافئ المحتوي على ملعقتين كبيرتين من الجليسرين ثم يفرغ المثانة بالقساطير اذا احتيج لذلك فتى ابتدأ انمحاء عنق الرحم وتمدد فتحته وارتخاء البطن يأمر بوضع المرأة في حمام ساخن لتنظيف جسمها بالصابون ثم بعد خروجها من الحمام يجفف جسمها بفوطة معقمة وتلبس ملابس معقمة نظيفة ثم بعد ذلك توضع على السرير ويوضع تحت رأسها بعض خديدات بحيث يكون ظهرها متكئا على الفراش في راحة تامة وحوضها يكون على طرف المرتبة العليا ويكون الفخذان والساقان منثنية نصف انثناء ومتباعدة قليلا والقدمان يرتكزان على وسادة أو لوح ثم بعد ذلك تغسل أعضاء تناسلها الظاهرة بالمحلول المعقم وكذلك ينظف المهبل جيدا بالزرقات المعقمة مع ادخال الاصبع فيه وحكه من الداخل في جميع أجزائه خصوصا اذا وجد عند المرأة سيلان مهبلي أبيض وفي هذه الحالة يلزم أن يكون سائل الغسيل أكثر تركيزا ويعقب ذلك بالغسل بالماء المغلي البسيط ثم يكرر الجس كل ساعتين وقبل كل جس يجب أن يغسل يديه كما تقدم وبعده أيضا كما أنه يلزم تعقيم أعضاء تناسل المرأة بعد كل جس وقبله ويكون كل من التعقيم والتنظيف الظاهري عاما للفرج والفخذين وينبغي ازالة الشعر اذا كان موجودا في الشفرين العظيمين وجبل الزهرة ولا يصرح للمرأة بالمشي ولا بأكل المواد الصلبة متى ابتدأت الآلام فلا يصرح لها الا بالاغذية السائلة كالمرق ونحوه ويمنع ذلك عنها اذا ابتدأت الآلام القاذفة لانها تحدث القيء

ملحوظة — لا ينبغي أن يكون عند المرأة مع المولد أكثر من شخص من أقاربها اثناء زمن المخاض

﴿ فى واجبات الطبيب مدة المخاض ﴾

يختلف سير المولد باختلاف أحوال المرأة زمن الآلام المحضرة وزمن الآلام القاذفة . فاذا كانت المرأة فى زمن دور التحضير وكانت صحتها جيدة وسير الحمل طبيعيا وجيدا والجنين حيا وفى صحة جيدة وكانت المرأة بكرية أمكنه أن يتغيب عنها تغيبا قصيرا بعد أن يعرف عن المحل الذى يتوجه اليه ربما احتاجت المرأة الى ندبه منه واذا كانت متكررة الولادة فمن الصواب أن يبقى عندها احتياطا . ثم ان المدة الكاملة للولادة من ابتداء الطلق الى انتهائه تكون تقريبا عند بكريات الولادة من (١٥) ساعة الى (٢٠) وعند المتكررات من (٦) الى (٨) ساعات وفى هذه المدة تحصل أدوار الطلق . فالدور الاول الذى هو دور انمحاء عنق الرحم وتمدد فتحته يكون عند البكريات من (٦) ساعات الى (٨) . وعند المتكررات من (٤) الى (٦) . والدور الثانى الذى هو دور الانقذاف يكون عند البكريات من ساعتين الى أربع وعند المتكررات من ساعة الى اثنتين . فحينئذ اذا أراد المولد المكث عند متكررة الولادة زمن الدور الاول يكون مكثه فى غرفة مجاورة لغرفتها لان وجوده معها فى غرفة واحدة يكون مخجلا لها اذا اعتراها تطلب متكرر للتبول أو التبرز وقتئذ وهذا اذا كانت الآلام المحضرة متباعدة ضعيفة ويلزم أن يزورها زمنا فزمنا ربما حدث عندها ما يلزم لعدم مفارقته لها . فاذا كانت الآلام متتابعة قوية فلا يفارقها أبدا بل يلازمها ويلاطفها ويمنعها عن الحزق قائلا ليس هذا أوانه . ثم يجرى التسمع فى كل عشر دقائق والجس المهبلى زمنا فزمنا بعد أن يغسل ويعقم يديه وكذلك أعضاء تناسل المرأة كل دفعة كما تقدم اذ بالجس يمكنه ان يتبع رأس الجنين خطوة بخطوة فى النزول والحركة فى القناة الحوضية وان يبحث عن الوضع وعن التدرز العظيم وعن المسافة الفاصلة له من القوس العانى لمعرفة درجة الانحشار وأن يعرف بعد اليوافيخ لانه كثيرا ما تدرك الرأس ويظن أنها قريبة الخروج والحال أنها مرتفعة وبمعرفته محل اليوافيخ يعرف درجة انثناء الرأس أو انبساطها وبالجس أيضا يمكن اتباع الحركة الرحوية الداخلية للجزء الجنينى الآتى . ثم ان المرأة قد تدرك فى الدور الاول أنها ابتلت فتظن أن جيب المياه تمزق وبالجس يتأكد أنه متمزق أو سليم فاذا ثبت انه سليم كان السائل الذى ابتلت به هو السائل الزلالى المخاطى مع السدادة العنقية الرحمية التى طردت بالجنين مدة انمحاء عنق الرحم وتمدد فتحته الباطنة ويدرك الطبيب جيب المياه من ابتداء تمدد فتحة عنق الرحم ولا

يتم

يتم تكونه الا اذا تم انمحاء العنق وتمدد فتحته حتى صار اتساعها نحو (١٠) أو (١١) سنتيمترا ومتى تم تكون جيب المياه كان له أشكال مختلفة فعادة يكون مستديرا نصف كرة كما فى شكل ٥٦ المتقدم وقد يكون مستطيلا على شكل المبار لكونه آتيا فى الغالب من استرخاء الأغشية لاحتوائها على قليل من السائل وأحيانا يكون طوله متسببا عن دخول يد الجنين فيه أو قدمه أو عروة غليظة من الحبل السرى أو نحو ذلك . وعلى العموم يكون الجيب قليل البروز فى المجىء بالقمة وكثيره فى المجيآت الاخرى (١) ثم ان المرأة فى هذا الدور تكون هائجة متألمة بسبب الآلام الدورية وفيه تطلق وتتألم مع كونها لم تدرك حصول تقدم خروج جنينها فتخاف على نفسها حينئذ من شدة الآلام فتضطر للسؤال من الطبيب متى تخلص فيبادرها عن قريب ان شاء الله تعالى . وأخيرا تدرك المرأة فى أثناء بعض هذه الآلام نزول مياه سخنة على هيئة موجة تنقطع عندما يحصل ألم أشد قوة ثم يعود نزولها متى صار الألم خفيفا . فاذا فعل الجس المهبلى حينئذ لا يوجد الكيس الاملس الذى كان موجودا ومتوترا قبل هذا السيلان بل توجد أجزاء الجنين الآتية . وهذه المياه هى مياه جيب الامنيوس الذى تمزق ثم خرج بعضها الذى كان موجودا أسفل جزء الجنين الآتى وحينئذ تنزل الرأس أيضا فتحاذى دائرة فتحة الرحم فتعوق نزول المياه المذكورة مدة الانقباض الرحمى ثم تصعد قليلا مدة الراحة فيعود نزول السائل لان الفتحة تصير غير مدودة بالرأس حينئذ وهكذا يستمر ذلك . ثم ان تمدد فتحة عنق الرحم يكون وقت تمزق جيب المياه تاما بحيث يسمح لمرور الجنين لانه متى تم التمدد حصل التمزق من نفسه ولذا يجب على الطبيب متى شاهد قرب زمنه أن يخبر البكرية به لئلا تنزعج من الخروج الفجائى للمياه وأيضا الاجل أن تضع خرقا نظيفة معقمة على العجان والفرج لتتشرب السائل الخارج عقب هذا التمزق . فمتى تم التمزق أمكن المولد أن يتأكد بالجس المهبلى من نوع المجىء والوضع بسرعة قبل خروج جميع السائل الامنيوسى من الرحم سواء لزم الامر لعمل التحويل الداخلى أولا وأن يتأكد ان كان مع الرأس يد أو قدم أو عروة من الحبل السرى كى ترد فى الحال أولا . ومن الصواب أيضا التحقق من لون الماء الذى يخرج لانه

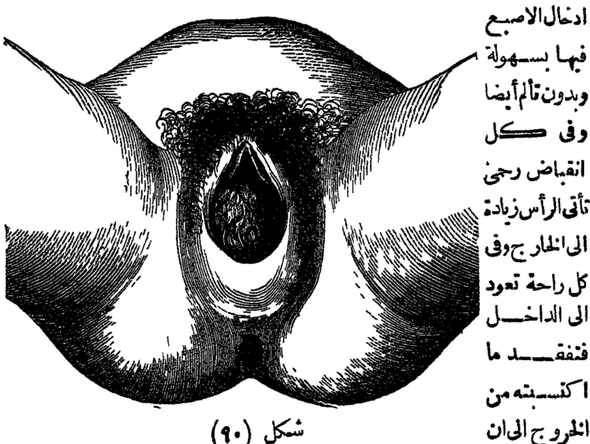
(١) (تنبيه) لا يفعل الجس المهبلى لمعرفة جيب المياه الا مدة راحة الرحم من انقباضاته لان أجزاء الجيب تكون مدة الراحة مسترخية ومتوترة مدة الانقباضات فتعوق حينئذ وصول الاصبع الى لمس أجزاء الجنين الآتية

اذا كان كثير التلون بالعقى علم تألم الجنين اذا لم يكن مصابا بالاسفكسيا فيسرع حينئذ فى اخراجه بجفت الولادة أو بالتحويل على حسب الحال ولكن حيث ان ظهور العقى فى المجىء بالرأس نادر فيتحتم على الطبيب الانتظار حتى يجد العقى فى ماء الامنيوس النازل . انما يلزم فعل التسمع الرحمى كل عشر دقائق كما تقدم لانه لا يعتمد الا على عدد ضربات قلب الجنين فمتى وجد أن عددها نزل الى (١١٠) أو الى (١٠٠) فقط كان الجنين فى خطر وحينئذ يسرع فى اخراجه كما تقدم . وعلى كل فمتى تم تمزق الجيب لزمه ان يأمر المرأة بملازمة سريرها . وقد يتمزق جيب المياه قبل ان يبتدئ تمدد فتحة عنق الرحم وحينئذ يلزم المرأة ملازمة الاستلقاء على الظهر أو الجنب مع عدم التحرك ما أمكن حتى يتم تمدد فتحة عنق الرحم . وقد يتأخر تمزق الجيب كثيرا بدون خطر للجنين فتتألم المرأة كثير الطول مدة المخاض فاذا كان الامر كذلك وبلغ تمدد فتحة الرحم من (٧) الى (٨) سنتيمترات فيلزم ثقب الاغشية وقت بروزها فى زمن أقوى انقباض رحمى وذلك بالحك بظفر السبابة فى مركز الكيس فى مقابلة الجزء الاكثر صلابة من الجزء الجنينى الآتى وقد ينزلق الظفر على الكيس فلا يتمزق فيستعاض عنه حينئذ بقضيب من خشب معقم أو بريشة اوز كاملة مبرية على هيئة قلم ومعقمة أيضا فتدخل باحتراس مع السبابة الى النقطة البارزة من الاغشية كما ذكر ثم تدفع بجأة كدفع آلة بازلة حتى تثقبه . ومتى فعل البط بأى طريقة سواء كان بالطبيعة أو بالصناعة واستفرغ جزء من المياه رجع الرحم على نفسه قليلا وبقى فى الراحة برهة ثم ينقبض ثانيا بقوة وهكذا . فمتى كان الطلق مستمرا ومنتظما تتزايد الآلام فى الشدة وتقل بعد ذلك شيأ فشيأ ثم فى أثناء أحد الآلام تطلق المرأة أى تحزق مع صياحها صياحا قويا وهذه الآلام تسمى الموقظة لانها توقظ كل نائم عند المرأة اذا حصلت حتى الطبيب أيضا اذا كان نائما مستريحا فى الغرفة المجاورة لها وهذا يكون دليلا على ان الرأس تجاوزت دائرة فتحة الرحم التى مرت منها ومزقتها حتى نتج عن ذلك هذه الآلام الشديدة والصياح المعلن بانها ابتدأت فى الدور الثانى أى دور الانقذاف وحينئذ يجب على الطبيب أن يلازم المرأة ويجلس عن يمينها ليستعد لمساعدتها وقبول الجنين ويأمرها بأن تحزق عند حصول كل ألم لتساعد الانقباضات الرحمية بمجهوداتها البطنية وعلى العموم يلزم المولد عمل الجس المهبلى عقب حصول كل ألم للحكم على تقدم خروج الجنين ومعرفة كل ما عساه أن يطرأ على سير القذف ويكون الجس عقب تعقيم يديه الى الساعد وتعقيم أعضاء تناسل المرأة كما ذكرنا . واذا حصل للمرأة آلام قطنية شديدة يضع الطبيب

فوطة

فوطة تحت القطن ويأمر بضبط طرفيها ورفع المرأة بها قليلا أو يأمر مساعدا قوى البنية بالضغط على عجزها الذى هو مجلس لهذه الآلام فى الغالب وبكلتا الطريقتين تحصل راحة للمرأة . واذا حصل لها اعتقالات فى الفخذين أو فى سمانتى الساقين دلك هذه الاعضاء وان كانت هذه الاعتقالات تزول بالكلية عقب انتهاء الولادة لانها منتسبة عن ضغط الضفيرة العجزية بجزء الجنين المحشور فى التجويف الحوضى . واذا حصل لها قىء يقاوم بتعاطيها بعض جرعات من مشروب بارد حمضى مع تشجيعها حتى تنتهى الولادة لانه يزول بانتهائها . واذا حصل لها قشعريرات شديدة سكن روعها وشجعها بالقول لها ان هذه القشعريرات علامة على تمدد سريع لفتحة عنق الرحم وقرب الخلاص جدا . (تنبيه) تمزيق جيب المياه قبل تمام تمدد فتحة عنق الرحم يعرض الجنين الى قبول ضغط الرحم مباشرة فينجم عنه موته بالاسفكسيا ولذا لا تمزق الاغشية بالصناعة مطلقا قبل تمام التمدد بل تمزق بها اذا اضطر لذلك المولد أولا متى أدرك كثرة حركات الجنين وخيف من تبديل المجىء بالقمة بمجىء آخر أقل نجاحا منه . وثانيا متى شاهد ان الانقباضات الرحمية وقفت وان الرحم متخدر أى حصل فيه خمود لزيادة تمدده كما يحصل فى الاستسقاء الامنيوسى والحمل التوأمى . وثالثا متى شاهد ظهور أعراض نزيف دموى ناشئ عن انفصال مبكر للمشيمة . ثم انه يلزم التنبيه على المرأة بعدم الطلق الارادى فى الدور الاول أى قبل أن تمر الرأس من فتحة عنق الرحم لانه لا فائدة فى ذلك كما ذكر لكن فى الدور الثانى متى تجاوزت الرأس الفتحة المذكورة ووصلت للعجان ومن باب أولى اذا ابتدأت فى المرور من فتحة الفرج تؤمر بالطلق خصوصا بكرية الولادة لمساعدة نفسها فى هذا الدور لانه لازم فيه وتكون المرأة فى هذا الزمن مستلقية على ظهرها وساقاها وفخذاها منثنيين ومتباعدين على الدوام عن بعضهما كما ذكر واذا وجد مساعدان ينبغى أن يضع كل منهما احدى يديه أمام ركبة من ركبتيها التى تركز عليهما مادة شدة الطلق الارادى وفائدة الاستلقاء على الظهر فى هذا الدور هى تجنب الولادة الفجائية وسقوط الجنين على الارض وقطع الحبل السرى وتمزق العجان . ثم انه يلزم للمرأة فى هذا الدور فعل حقنة مهبلية معقمة لان حافة فتحة الرحم تمزقت بمرور الرأس منها فيلزم تعقيمها والاعتناء بها وفى هذا الزمن أيضا يحدب العجان الخلفى أى يندفع الى الخارج بجزء الجنين الآتى ومن شدة الآلام تكبش المرأة بكل من جاورها وتصك أسنانها وتصيح كالمجنونة الهائجة وكثيرا ما يعتريها طلب متكرر للتبرز وفى الغالب يكون كاذبا ويزداد تحدب العجان الخلفى شيأ فشيأ وتتباعد شفتا الفرج عن بعضهما

وأخيرا يشتد الألم جدا وتظهر الرأس فى الفرج وحينئذ قد ينفتح الشرج وتنقذف منه مواد برازية لان نزول الرأس يعصر المستقيم من أعلى الى أسفل فتقول عنه (مادام لاشابيل) هذا أحسن ولكن الولادة ليست قريبة الانتهاء لان هذا أول ابتداء تمدد العجان المقدم اذ يلزم لتمام تمدده أحيانا ساعة وأحيانا ساعة ونصف وان كان ظاهر الحال يعلن قرب انتهاء الولادة • وكلا التمدد ومرور الرأس يمكن اعتباره دورا ثالثا لانه هو دور اليأس الحقيقى اذ الآلام تكون فيه شديدة والعجان متمدد اتمددا عظيما ومندفعا الى الخارج بالرأس فيكون بروزا مستديرا كما فى شكل (٩٠) يوجد خلفه حلقة مخاطية مكونة من الشرج الذى اتسعت فتحته حتى يمكن ادخال الاصبع فيها بسهولة وبدون تألم أيضا وفى كل انقباض رحمى تأتى الرأس زيادة الى الخارج وفى كل راحة تعود الى الداخل فتفقد ما اكتسبته من الخروج الى ان



شكل (٩٠)

يحصل انقباض أكثر قوة فيتوتر العجان زيادة و يظهر كأنه مشرف على التمزق وأخيرا تتقدم الرأس وتظهر ملوثة بقليل من الدم فتقف حينئذ الانقباضات برهة من الزمن لكن لا تعود الرأس الى الداخل كما تقدم بل تبقى ظاهرة فى الخارج كما فى هذا الشكل وحينئذ تجاوز الرأس المضيق السفلى فتصير بارزة محشورة فى فوهة الفرج فتمددها بقوة فتشتد الآلام وتسمى بالآلام المكسرة وأخيرا يحصل فى عضلات العجان والحلقة الفرجية استرخاء فتفقد المرأة قوتها فتخرج الرأس من الحلقة الفرجية بحركة انقلاب لها فيصعد المؤخر نحو جبل الزهرة حال كون القمة تخرج مع الجبهة والوجه من حافة الشوكة الفرجية وتصير أمام

أمام العجان متى حصل الطلق ثم يتجه الوجه بعد ذلك نحو الجهة الانسية والخلف قليلا للفخذ اليمنى ويتجه المؤخرى نحو الفخذ اليسارى (أى فى الوضع المؤخرى الحرقفى اليسارى المقدم) ويصير الكتف المقـدم أسفل القوس العانى المقدم الفرجى (أى تحصل الحركة الداخلية للأكتاف) ويتجاوز الكتف الخلفى الشوكة الفرجية فيتخلص . ومتى تخلص الصدر انزلق باقى الجنين الى الخارج ويتبعه خروج كية عظيمة من السوائل الرحمية . وعلى العموم فتى وصلت الرأس الى أرضية الحوض يلزم الطبيب ان يرفع مقعدة المرأة حينما تكون مستلقية على ظهرها بالكيفية المتقـدمة اذا كانت فى السرير وذلك بوضع جملة ملاآت مطوية تحت المقعدة ليصير العجان مرفوعا ومنظورا جيدا مدة مرور الرأس من الفتحة الفرجية لتداولك عرقه وتوضع وسائد رقيقة فى ثنية المتبضين لتسـندهما ويكون جـل اهتمامه فى ملاحظة العجان والفتحة الفرجية لانهما يشتد تمددهما الى انتهاء مرور الرأس والكتفين من الفرج لان الجزء المقدم من العجان والجزء السفلى من الفرج يساعدان فى اتساعه وقت المرور ولذا يلزم لوقاية شوكة الفرج والعجان من التمزق أن يسند العجان حتى يكون المرور ببطء فيحصل تدريجيا حتى يسمح لمرور الجنين من الفتحة الفرجية بدون حدوث تمزق وأما اذا كان المرور فجائيا فلابد من حدوث تمزق شوكة الفرج والعجان مهما أسـنده الطبيب وعلى كل يلزمه أن يسنده جيدا براحة اليد اليمنى المارة من تحت الفخذ اليمنى للمرأة فتكون راحتها موضوعة على العجان وأصابعها الاربعة تكون موضوعة خارج الشفر الكبير الايسر وابهامها خارج الشفر الكبير الايمن ثم يتكئ براحتها على العجان البارز وبالاخص يكون الضغط بالحافة الزندية لليد جهة الشرج كما هو مشار له فى شكل (٩١) وبذلك تغطى

شكل (٩١)

هذا الشكل يشير لوضع يد المولد لسند العجان وبطء مرور الرأس من الفرج ومساعدة بسط الرأس بيده الاخرى

السد العجان وترفع جزء الجنين الضاغط على شوكة الفرج والعجان ولاجل مساعدة بسط الرأس وتلطيف خروجها وبطء مرورها من الفرج يوصي الطبيب المرأة بعدم الطلق في هذا الوقت ويضغط خفيفا بيده اليسرى الموضوعة أعلى وأمام الفرج مؤخرى الجنين ليبطئ خروجه من الفرج ما أمكن مع جذب المؤخرى المذكور جذبا خفيفا وبالتدريج الى الاعلى والخلف كما هو واضح في شكل (٩١) المذكور وفي هذا الزمن أيضا يلزم ان لا يترك شئ من الوسائد تحت ظهر المرأة ولا تحت رأسها بل تكون في استلقاء ظهرى أفقي تام لتجنب تمزق شوكة الفرج والعجان أيضا . وبالجملة فتدريج القذف وبطؤه هو المهم لعدم التمزق ولذا لا ينبغي اطاعة المرأة ولا اطاعة أهلها في تخليصها بسرعة . وكذا يلزم استمرار هذه الوسائط مدة مرور الاكتاف والجذع من الفرج لانها تفعل فيه وفي العجان ما تفعله الرأس . ثم ان أكثر التمزقات الفرجية العجانية يحصل زمن مرور الاكتاف . وكثيرا ما تكون هذه التمزقات شاملة للشوكة الفرجية أولها وللعجان أولهما وللشرج وأحيانا للعجان وللجمع المهبلي المستقيمي الشرجي . ولا ينبغي ظن امكان تسهيل مرور الرأس من الفرج بدوران الاصبع بين الرأس وجدر الفرج اذ ربما لا ينشأ عن ذلك تمدده بل يقلقه وينبه عضلاته فتنقبض أكثر ويؤدى للتمزق الفرجي العجاني بل يقتصر المولد على تقليد الطبيعة في الخروج من الفرج بكل بطء ما أمكن لان الرأس كما ذكرنا لا تمر منه الا بعد استرخاء عضلاته وعضلات العجان وفقدها مرونتها . فاذا كانت الآلام شديدة جدا عند خروج الرأس وصار العجان رقيقا لامعا مشرفا على التمزق فبعضهم يوصي بأخذ مقص قوى معقم قاطع جدا من طرفه فيفعل به من كل جهة نحو الجزء الخلفي من الشفر العظيم شقا صغيرا طوله (١) سنتيمتر فيحصل على شقين عوضا عن شق واحد لكن هذان الشقان لا يصلان الى الاعضاء المهمة بخلاف الشق المتوسط العجاني الناجم عن التمدد القهرى فانه ربما وصل الى مجمع الشرج بل والمستقيم كما تقدم . وزيادة على ذلك فهذه الشقوق الصغيرة لا تحس بها المرأة وتشفى بدون واسطة وبدون أن تترك أثر التحام . ومتى خرجت الرأس يحصل للمرأة راحة بسبب وقوف الانقباضات الرحمية ولكن ينبغي مراعاتها وان كانت قصيرة المدة فتى ابتدأ الطلق بعد هذه الراحة يضغط المولد بسبابة ووسطى يده اليسرى ويثنيهما بهيئة ملعقة على ترقوة الجنين ليبطء حركة خروج أكتافه وصدره ويبحث بيده اليمنى على ذقنه فان لم تكن تجاوزت الشوكة الفرجية خلصها منها بضغطه بهذه اليد على الشوكة ثم بعد ذلك يبحث بهذه اليد أيضا على الفم فاذا وجده مغمورا في السوائل الخارجة خلصه منها لتجنب دخولها في فمه

عند

عند فعل أول شهيق تنفسي ثم تبحث هذه اليد أيضا عن العنق اذ ربما يكون محاطا بلفة أو لفات من الحبل السري فاذا كان محاطا به يجتهد في تخليصه بمرور سبابة هذه اليد بين الحبل والعنق وتخليص الحبل الذي قد يحدث اختناق الجنين بضغطه على عنقه فاذا لم يمكن تخليصه يوضع على الحبل الملفوف على العنق جفتان صغيران ذوا ضغط مستمر في نقطتين متباعدتين عن بعضهما ثم يقطع الحبل بينهما بمقص كال الطرف ثم يسرع في اخراج الجنين خوفا من حدوث موته . ومتى تم الدوران الخارجي للرأس ضبطها المولد بين يديه من الجانبين ووجهها الى الأسفل الى أن يصير القفا مرتكزا على شوكة الفرج ثم يحفظها في هذا الوضع بيده اليسرى ويدفع بسبابة يده اليمنى التي صارت خالصة السطح المقدم للطرف العلوي المقدم بلطف تحت ظهر الجنين فبهذا العمل يتجه الطرف المذكور نحو الخط المتوسط للظهر فيقل القطر الأخرمي المزدوج فيتخلص حينئذ مرفق هذا الطرف من أسفل المجمع المقدم للفرج واذا دفع الطرف العلوي المذكور الى الخلف أكثر من ذلك تخلص أيضا ساعده ويده ثم بعد ذلك يضبط المولد الرأس من الجانبين أيضا ويجذبها بلطف مع رفعها قليلا تبعا لمحور الفتحة الفرجية مع ملاحظة العجان دواما ولكن يوقف الجذب مع سند الجنين في كل انقباض رحمي ومتى ظهر الكتف يضع المولد سبابة يده اليسرى في الحفرة تحت الابط الخلفي ويجذب الجنين بها ويجذب بيده اليمنى رأسه فبهذا العمل يخرج الكتفان . ﴿تنبيه﴾ لا ينبغي اسراع اخراج الكتفين من فتحة الفرج عند فعل الجنين حركة شهيق قوية لأن هذا الشهيق لا يدل على حصول خطر له كما أنه ينبغي أن يلاحظ الحركة الطبيعية الداخلية التي تفعلها الاكتاف أي اذا أدخل المولد اصبعه تحت أحد الابطين يلزم أن يجذب بكيفية بها يدور أحد الابطين الى الامام والآخر الى الخلف فاذا أراد المولد حينئذ اخراج الاكتاف بسرعة فيكون الجذب بالاصبع الموجود تحت الابط الخلفي ولكن الاحسن عدم الاسراع كما تقدم . ومتى خرج الكتفان خرج باقي الجنين فحينئذ يضبطه المولد أو أحد المساعدين باليدين في محاذاة صدره لا من ذراعيه أو يرفعه من أحد جنبيه مسنودا على يد المولد أو المساعد موجها وجهه الى الأعلى والجانب لسهولة تخلص فمه من السوائل والمخاط وسهولة تنفسه ويساعد تخلص فمه وحلقه من المخاط باصبعه أو بواسطة ريشة أو زغبة مغمسة تدخل في الفم والحلق وتدور لكسح المخاط الى خارج فم الجنين ثم يبحث الجنين جيدا ومتى وقف نبض حبله السري ومضى على ذلك نحو دقيقتين وضع على الحبل بعيدا عن سرة الجنين بأربعة سنتيمترات جفتا صغيرا اذا

ضغط مستمر أو بربط الحبل فى هذه النقطة ربطا متقنا ثم يضع جفتا آخر أبعد من الاول نحو المشيمة بأربعة سنتيمترات أو بربط الحبل هنالك أيضا ثم يقطع الحبل بين هاتين النقطتين وتكون جميع هذه الاعمال بدون شد على الحبل وذلك لتجنب الفصل المبكر للمشيمة . وعلى كل لا يلزم ضغط الحبل بالجفوت أو ربطه ثم قطعه قبل أن يتنفس الجنين ويصيح ومتى قطع الحبل وفصل الطفل من والدته يعطى للنوط بخدمته (وسنعود للكلام على الطفل فى فصل خاص به) . ثم بعد فصله يلزم المولد أن يفعل للمرأة فى الحال زروقات مهبلية سخنة معقمة ينظف بها الفرج والعجان والفخذين ثم تجفف هذه الاعضاء بالقطن المعقم ثم يضع فى فوهة الفرج كرة من غاز اليودفوردم تاركا خارجه الطرف المشيمى للحبل السرى الذى قطع لفصل الطفل من أمه ثم يبحث عن مثانة الأم فيستفرغ مافيها من البول بالقساطير لأن تمدد المثانة بالبول يعوق رجوع الرحم على نفسه وبذلك تقف انقباضاته التى هى ضرورية لقذف الخلاص فتعرض الرحم حينئذ للخمود والنزيف وبعد تتميم ماذكر ترفع الملا آت الملوثة التى تحت مقعدة المرأة وتستعاض بغيرها نظيفة معقمة . واذا كان المجىء بالوجه يلزم بمجرد خروج الذقن تحت القوس العانى سند العجان باحتراس كلى خوفا من انضغاط العنق تحت الارتفاق العانى واحتقان المخ ومتى خرجت الرأس خرج الكتفان وباقى الجنين كما فى المجىء بالقمة . واذا كان المجىء بالمقعدة أو بالاقدام ينبغى حفظ جيب المياه بقدر الامكان وتركه ليتمزق من نفسه ثم بعد تمزقه لا يسرع بجذب الجزء الظاهر من الفرج لان ذلك عمل ردىء بل يترك انقذاف الجنين للطبيعة أو يبطئه الطبيب بوضع سبابة ووسطى يده اليسرى على الجزء البارز ويضغط عليه خفيفا لانه اذا جذبه من جزئه الظاهر من الفرج بسرعة عنيفة يحصل انبساط الذراعين والرأس وهذا خطر يجب الاحتراس منه ومتى خرجت المقعدة يزلق اصبعه تحت السرة فى محاذاتها ليرى ان كان الحبل مشدودا أولا فاذا كان مشدودا يجذب منه عروة الى الخارج فاذا لم يمكن جذبها لقصر الحبل بسبب التفافه حول عنق الجنين يوضع جفت صغير ذو ضغط مستمر عليه بعيدا عن السرة ما أمكن ثم يوضع جفت آخر بعيدا عن الاول ثم يقطع الحبل من بين الجفتين ثم يسرع فى انتهاء الولادة لئلا يهلك الجنين بالاختناق . وأما اذا كان الحبل غير مشدود ودخل بين فخذى الجنين فيجتهد فى خلاصه من الخلف كى يمكن وضعه على عجان المرأة لا تحت القوس العانى لانه اذا كان تحته ينضغط بدون شك ولكن لا يسهل اجراء هذه الاعمال الا عند مشاهدة قرب ألية الجنين من الفرج وتكون المرأة فى هذه الحالة موضوعة

بالعرض

بالعرض على سريرها بالكيفية التى سنذكرها ان شاء الله تعالى عند شرح التحويل الداخلى . ثم ان خروج قليل من العقى فى المجىء بالمقعدة لا يكون علامة رديئة كما فى حالة المجىء بالرأس أو بالكتف لانه قد يكون هنا آتيا من الضغط الحاصل على بطن الجنين بحافة الفتحة الرحمية أو بالقناة الفرجية المهبلية بخلاف خروج كثير من العقى من شرج مسترخ كأنه مشلول فانه يعلن بحصول ضغط الحبل السرى واضطراب عظيم فى الدورة الجنينية وحينئذ تلزم المبادرة باستخراج الجنين اذا كان حيا لكن متى عرف بالتسمع وبنبضات الحبل السرى الذى جذب الى الخارج أن الجنين ليس فى خطر فلا حاجة للاسراع باخراج الكتفين والرأس بالجذب بل الافضل ترك انقذاف هذه الاجزاء للانقباضات الرحمية وحدها اذ بالجذب تنبسط الاذرع والرأس ولذا لا لزوم فى التوسط الا اذا عرف ان الجنين فى خطر بسبب ضغط الحبل السرى أو باضطراب الدورة الرحمية المشيمية فحينئذ يجذب الجنين ولاجل ذلك يحاط الجزء الخارج من الفرج كالساقين أو المقعدة بخرقة ناعمة معقمة ثم يضبط المولد باليد كلها هذا الجزء ويجذبه ببطء ومتى كان المجىء كاملا فالذى يضبط أولا هو المقعدة واذا كان غير كامل فالساقان ثم الفخذان ثم الحوض وفى جميع ذلك يجذب بلطف وببطء ما أمكن مع الاحتراس أيضا وهذا الجذب يصطحب بفعل حركات التواء الجنين اذا كان ضروريا بتوجيه الظهر جهة أحد التجاويف الحقية للمرأة مع ضغط قاع الرحم بمساعد . ولا ينبغى ضبط الجنين من أحد أجزاء جسمه المرتفعة عن المقعدة اذ ضبطه باليدين من بطنه أو صدره لا يخلو عن خطر . فاذا لم يبق فى تجويف الحوض الا الرأس وكانت منثنية انثناء لائقا فالاسهل فى اخراجها رفع الجنين بكليته جهة بطن أمه وبذلك تخرج الذقن فالوجه فالجبهة فالفم أمام العجان وتنتهى الولادة ولا يبقى فى الرحم الا الخلاص وحينئذ ترفع الملاآت القذرة ويفعل للمرأة الزروقات كما تقدم

ومتى انقذف الجنين انقذف بعده غلافاته ومشيمته بطريقة طبيعية ليبقى الرحم فى راحته . وهذه ولادة ثانية تابعة للولادة الطبيعية سهلة فيها وتكون صعبة أحيانا فى غيرها مثل الاجهاض . وكما تحصل فى ولادة الجنين ظواهر فسيولوجية وظواهر ميخانيكية تحصل كذلك هذه الظواهر فى ولادة الخلاص فالظواهر الفسيولوجية هى الانقباضات الرحمية المؤلمة (أى الطلق) . والظواهر الميخانيكية تنقسم أزمنتها كما قال المعلم (بودولوك) الى ثلاثة . الزمن الاول انفصال المشيمة والاغشية والثانى مرور المشيمة فى المهبل والثالث قذف المشيمة خارج أعضاء التناسل . ففى الزمن الاول يرجع الرحم على نفسه بعد قذفه الجنين ويتناقص تجويفه

شيأفشيأ . أما المشيمة فلكونها سميكة وملتصقة بسطح الباطن فلا تتكرش حتى تتبع تناقص تجويفه بل تنفصل شيأ فشيأ بتمزق الاوعية الرابطة لها بالسطح الباطن للتجويف الرحمي فبوجود هذه الاجزاء داخل الرحم يتنبه ويزداد انقباضه فيزداد تمزق الاوعية الرابطة ويتم الانفصال فتارة يحصل الانفصال من المركز الى الدائر وتارة من الدائر الى المركز . ففي الحالة الاولى ينفصل أولا الجزء المركزي للمشيمة والدم الذي يخرج من الاوعية المتمزقة يبقى بين هذا الجزء وسطح الرحم وبذلك ينخفض الجزء المركزي للمشيمة الى أسفل جهة عنق الرحم بخلاف الدائرة المشيمية التي لم تنفصل فانها تبقى الى أعلى فتصير المشيمة منقلبة كالشمسية التي تنقلب من مصادمة الريح العاصف لها ثم تنفصل من الدائر شيأ فشيأ وهي منقلبة . وفي الحالة الثانية يبتدئ الانفصال تارة من الجزء العلوي لدائرة المشيمة أولا ويستمر الانفصال شيأ فشيأ الى الجزء السفلي من دائرتها وفي الجزء العلوي الذي انفصل أولا يتراكم الدم الخارج من الاوعية التي تمزقت فيكون كيسا وتارة يبتدئ الانفصال من الجزء السفلي لدائرة المشيمة ويستمر شيأ فشيأ من أسفل الى أعلى وحينئذ تلتف المشيمة على نفسها من أسفل الى أعلى أيضا ولكن نوع هذا الانفصال نادر الحصول . وعلى العموم متى تم الانفصال سقطت المشيمة بثقلها في الجزء السفلي للرحم جاذبة معها الاغشية الجنينية ولا تنحشر في عنق الرحم الا اذا تم انفصال جزء عظيم من امتداد هذه الاغشية . ففي أغلب الاحوال تسقط المشيمة في عنق الرحم بسطحها الغشائي الاملس وفي النادر تأتي بحافتها . ففي حالة انفصال المشيمة من المركز لا يحصل نزف غزير مدة الانقذاف وفي حالة الانفصال من الدائر يسبق انقذاف الخلاص نزيف غزير . وفي الزمن الثاني من الطواهر الميخانيكية يمر الخلاص في المهبل . فمتى وصلت المشيمة مع الاغشية الى أعلى جزء العنق المسمى بالبرزخ أو (حلقة باندل) صارت غير متأثرة بالانقباضات الرحمية بل تتأثر بثقلها فتسقط ولذا يتأخر وصولها الى المهبل بعد خروج الطفل بنحو ٢٠ دقيقة تقريبا . وفي الزمن الثالث منها يمكث الخلاص في المهبل نحو ساعة الى ساعتين لان المهبل صار غير قابل للانقباض بسبب التعب الذي حصل له مدة انقذاف الجنين فيمكث متمددا زمنا طويلا ولا يعود الى مرونته الا تدريجيا . وعقب خروج الخلاص من المهبل يخرج في الغالب جزء من الدم قد يكون كثيرا وقد يكون قليلا . وقد لا يخرج دم أصلا . فهذا الذي ذكره وسير ولادة الخلاص الذاتية ومدته تكون طويلة عند بكريات الولادة وقصيرة عند متكرراتها فتكون عادة عند متكرراتها نحو نصف ساعة في الولادة الطبيعية التامة المدة . وقد يتم انفصال الخلاص عقب ولادة الطفل ببعض دقائق . وقد يتأخر جملة ساعات

(في واجبات المولد زمن ولادة الخلاص) - اذا تمت ولادة الطفل ولم تتم ولادة الخلاص يلزم المولد أن يقف على يمين المرأة واضعا يده اليسرى على قاع الرحم ويكبسه خفيفا لينبه انقباضاته ويجس بيده اليمنى نبض المرأة ليعرف قوته وانتظامه مع النظر الى هيئتها وسؤالها عن حالتها العمومية حتى اذا أدرك أدنى ظاهرة تدل على حصول نزيف بادر في الحال لبحث الاعضاء التناسلية الباطنة وعمل اللازم لايقافه فيفعل زروقات سخنة في الرحم والدم الذي يسيل عادة عقب خروج الطفل لا يعتبر نزيفا حقيقيا فلا يخشى منه ولا لزوم لمعالجته . ثم ان هيئة المرأة واحساساتها العمومية هما اللذان يرشدان المولد الى وجود نزيف أو عدمه ولذا يلزمه أن يمكث عندها بعد خروج الطفل نحو نصف ساعة فاذا لم يخرج الخلاص يعمل لها التعقيم كما سبق ثم يمسك الحبل السري باحدى يديه ويدخل بجواره سبابة اليد الاخرى في المهبل فقد يجد الاصبع في المهبل المشيمة وتارة لا فاذا لم يجد الاصبع شيأ يخرجه بدون فعل أدنى جذب في الحبل السري وبعد خروج الاصبع يفعل للمرأة زروقات معقمة أخرى تكون حرارتها من (٤٠) الى (٤٥) درجة وتكون أنبوبة الحقنة من بلور ومنتهية بطرف رفيع متسع الثقب فهذا الماء ينظف المهبل ويحرض الانقباضات الرحمية وبعد هذه الزروقات يضع كرة من غاز اليودوفورم أو الشاش المعقم في فوهة الفرج وينتظر مع فرك الرحم باليد وضغطها عليه ببطء تدريجيا بدون أن يؤلم المرأة ثم يفعل جس مهبلي ثان بعد مضي ربع ساعة من الجس الاول فاذا لم يجد الاصبع المشيمة في المهبل يكرر فعل ما تقدم فاذا مضى نحو ساعة مع هذه الاعمال ولم يخرج الخلاص يلزم اخراجه باليد والحذر ثم الحذر من جذب الحبل السري أما اذا وجد الاصبع المشيمة أمامه فيلزم ضبطها بالاصابع واخراجها وقد توجد منفصلة من جدر الرحم واقفة أعلى عنقه فيفعل للمرأة حينئذ زروقات مهبلية معقمة سخنة في درجة (٤٥) مع تكبيس الرحم وتؤمر بالطلق فتنقبض عضلاتها البطنية ويستمر على هذا العمل نحو ربع ساعة فاذا خرج فبها والا فلا بأس من تكرار هذا العمل مرة ثانية مدة ربع ساعة أخرى فان لم يخرج لزم اخراجه باليد كما تقدم والحذر أيضا من جذبه بالحبل السري وقد يكون بعض المشيمة نازلا في عنق الرحم فيفعل فيه ما تقدم من الاعمال مع أمر المرأة بالطلق وقد تكون المشيمة جميعها نازلة في عنق الرحم فتخرج بالجذب ولاجل ذلك يغلف المولد يده اليمنى بخرقة ثم يضبط بها الحبل السري بين الخنصر والبنصر وراحتها ويلف الحبل على السبابة والوسطى من هذه اليد

و يحفظه ملفوفا بضغطه بين الابهام والسبابة والوسطى و يضغط براحة اليد اليسرى على قاع الرحم ليخفضه بينما تجذب اليمنى الحبل السرى جذبا بطيئا مستمرا فى اتجاه مخالف لاتجاهه بمعنى ان الحبل السرى اذا كان متجها الى الامام كان الجذب نحو شوكة الفرج واذا كان الى الخلف كان الجذب الى الامام واذا كان جهة اليمين كان الجذب جهة اليسار واذا كان جهة اليسار كان الجذب جهة اليمين و بذلك يتخلص الجزء المشيمى الذى يكون باقيا بدون تخليص . واذا منع سطح السرير توجيه اليد الجاذبة للحبل الى الخلف عقم الطبيب يده اليسرى بعد تركه قاع الرحم ثم يدخل السبابة والوسطى فى أول الفتحة المهبلية متباعدتين عن بعضهما قليلا و يجعل الحبل السرى فى الميزاب الناشئ عن وضع هذين الاصبعين وعليهما يسير الحبل كأنه موضوع على بكرة ثم يضغط بهما على الشوكة و بذلك يتباعد عنها فيمكن توجيهه الى الخلف بالجذب حينئذ فبهذا العمل تخرج المشيمة المنفصلة مع الاغشية فى أغلب الاحوال بدون مجهود وأحيانا يحصل بعض صعوبات فى خروجها وقد تكون المشيمة قريبا من الفرج ولكن عدم خروجها يكون ناشئا عن عدم انفصال بعض أجزائها من تجويف الرحم ولذا لا يلزم جذبها بل يدخل المولد يده المعقمة فيه و يفصل بها هذه الاجزاء بدون تمزيقها ثم يخرج الخلاص بتمامه وأما اذا وصل الخلاص الى قرب الفرج بدون التصاق فيخرج باليد ببطء بواسطة ليه على نفسه ثلاث مرات أو أربعة وفى الغالب تخرج كمية من الدم عقب خروج الخلاص . و يلزم عقب خروجه أن ينظره الطبيب ليعرف ان كانت الاغشية والمشيمة خرجت تامة أولا وهذا البحث ضرورى جدا لا ينبغى اهماله فى حالة من الاحوال . والاغشية تكون مكونة لكيس مفتوح من أحد أطرافه وفى وسط هذا الكيس توجد المشيمة التى تكون مكونة من فصوص ذات لون أحمر معتم ثم يقلب الكيس و يبحث سطح المشيمة بكل دقة ليعرف ان كان جميع فصوصها موجودا أولا فاذا وجد فى سطحها أجزاء مختلفة ألوانها عن اللون العمومى لها لزم الالتفات لهذا الامر لان ذلك يدل على بعض تمزق ووجود بقايا بالمشيمة فى الرحم فاذا كان الناقص جزأ صغيرا سواء كان من الاغشية أو من فصوص المشيمة لزم أن تفعل زروقات ماء سخن داخل الرحم فربما يخرج هذا الجزء مع سائلها الى الخارج فاذا كان الجزء الباقى كبيرا أخرج باليد بعد تعقيمها و بعد اخراجه تفعل زروقات منظفة داخل الرحم ليتخلص من جميع المواد الموجودة داخله فتنقطع الآلام الرحمية التى تحصل للمرأة عادة عقب خروج الخلاص وتنقطع أيضا الأنزفة

التابعية

التابعية لان الرحم مادام خاليا من شئ داخله لا يحصل للمرأة نزيف ولا ألم رحمى . ولعمل الزروقات المنظفة الرحمية يدخل الجس الرحمى ذو الطيار المزدوج بالكيفية السابقة فمتى تأكد المولد من أن الجس صار داخل تجويف الرحم يوصله بالجهاز المحتوى على (٢٠٠٠) جرام من الماء المغلى جيدا مدة نصف ساعة ثم بعد زرق هذا السائل فى الرحم يوضع فى الجهاز نصف لتر من المحلول السليمانى المكون من (٢٥) سنتجرام من السليمانى و (١٠٠٠) جرام من الماء المغلى و جرام من حمض الطرطيريك و يزرق فى الرحم أيضا وفى كليهما تكون حرارة السائل (٤٥) درجة وتكون قمة الجس مرفوعة الى أعلى ما أمكن أثناء عمل هذه الزروقات وتوجه فى جميع الاتجاهات داخل تجويف الرحم . فالزروقات الاولى معدة للغسل واخراج جميع المواد التى قد تكون داخل الرحم ومساعدة لتعقيم تجويفه الذى يتم بالزروقات الثانية لانه لا يكون لها تأثير اذا كان فى الرحم جلط دموية أو فضلات من الاغشية أو من المشيمة . و بعد تنظيف الرحم بالكيفية المتقدمة ينظف المهبل أولا بزروقات بسيطة ثم بزروقات معقمة كما فعل فى الرحم ثم ينظف الفرج بهذه الكيفية نفسها و يوضع فى فوهته جزء من غاز اليودوفورم وفوقها كرة من القطن المعقم أو من الشاش المعقم ثم ينظف الفخذان وترفع الملاآت الملوثة ثم يحفظ غيار الفرج برباط على هيئة شكل التاالفرنسوى و يكون هذا الرباط معقما ومثبتا فى لفافة بدن معقمة أيضا وملفوفة على بطن الوالدة وجذعها

(ملحوظة) - قد تكون المشيمة ساقطة فى عنق الرحم بسطحها الرحمى لا بسطحها الجنينى وحينئذ يدرك الاصبع بملامسته لهذا السطح أجزاء رخوة ذات حدبات ففى هذه الحالة يلزم عدم جذب الحبل السرى بل يقتصر على تكبيس الرحم أى تدليكه وعمل زروقات مهبلية معقمة مرتفعة الحرارة كما تقدم ثم ينتظر بعد ذلك فاذا لم تخرج يفعل التخليص الصناعى كما سبق . وقد تأتى المشيمة بمحافتها فيحصل على العموم نزيف كميته من (٣٠٠) الى (٤٠٠) جرام بدون خوف ولذا لا يفعل زيادة عما سبق ذكره لخروجها عادة . فما تقدم من هذه الاعمال لخروج الخلاص يسمى بالطريقة الاختيارية أى الطبيعية وهناك طريقة أخرى تسمى القهرية وهى أنه عقب خروج الطفل وربط حبله السرى وقطعه يضغط الرحم بقوة و يدلك بشدة أيضا حتى يخرج الخلاص . وهذه الطريقة سريعة لاخراجه لكنها مؤلمة جدا فاذا اضطر لسرعة اخراجه فالافضل دخول اليد فى الرحم وفصل المشيمة ثم اخراجها كما سنذكر ذلك مفصلا فى العوارض التى تطرأ عقب الولادة ان شاء الله تعالى

﴿ تنبيه ﴾ اذا وجد تمزق فى العجان أو فى الزاوية الخلفية للفرج أى المجمع الفرجى خيط قبل وضع الغيار وقد يكفى أن تكون لفافة البدن التى يلف بها بطن المرأة وجوفها مكونة من فوطة طويلة عريضة معقمة من قماش أو من فانيلا موشحة فى حافتها السفلى بأشرطة لتنزل وتمر أمام الغيار الموجود أمام الفرج وبذلك يستغنى عن الرباط تائى الشكل . وينبغى للمولد أن يفحص حالة الثديين ويسندهما بالقطن المعقم ويحفظهما برباط عريض من الفانيلا اذا اقتضى الحال . وعلى العموم يلزم غسل الحلمتين وهالتيهما بمحلول دافئ من حمض البوريك ثم يغطيان بشاش معقم مدهون بمرهم الحمض المذكور . واذا كان البرد شديدا تحاط أطراف المرأة بزجاجات مملوءة بالماء الساخن لتدفئتها وهى مستلقية على ظهرها ثم يضبط الطبيب نبضها ويستمر ضابطا له نحو نصف ساعة وعادة يكون نبضها أكثر سرعة وممتلئا . واذا ترك المولد المرأة بعد ذلك لزمه أن يترك عندها أحدا يلاحظ نبضها ولونها ولون الغيار الموجود على الفرج مدة نومها اذربما حصل أثناء غيابه عنها نزيف .

﴿فى حالة أعضاء تناسل المرأة بعد الولادة﴾ - يحصل فى أعضاء تناسل المرأة بعد الولادة ظواهر بها تأخذ طبيعتها وحالتها التى كانت عليها قبل الحمل . فالفرج والمهبل اللذان تمددا وتسلخا يعودان لاتساعهما الطبيعى وتلتحم تسلخاتهما . وكذلك الرحم يرجع على نفسه فينقص حجمه شيأ فشيأ حتى يصير طبيعيا . وبالبحث بالحافة الزندية لليد على حجمه وموضعه بعد خروج الخلاص يوجد تقريبا أعلى من السرة ثم يصير أسفل منها بنحو أربعة أصابع تقريبا بعد الاسبوع الاول ثم يصير أعلى الارتفاق العانى بنحو ستة أو سبعة أصابع بعد مضى الخمسة عشر يوما الاولى ثم يعود جسم الرحم الى حجمه الذى كان عليه قبل الحمل بعد مضى شهر الى شهر ونصف . وأما عنق الرحم فيعود فى الحال عقب الولادة الى حالته الطبيعية تقريبا لكن يبقى رخوا مدة من الزمن ومستطرقا استطراقا متسعا بالجزء السفلى لجسم الرحم ثم يصير بعد زمن قليل كما كان قبل الولادة لكن مع بعض تنوع فيه أى يصير قصيرا وفتحته مستعرضة بها ميزاب ندبى والغشاء المخاطى الرحمى يتكون كذلك * والظواهر الرحمية التابعية أى التى تحصل بعد خروج الخلاص تصطحب بسيلان رحمى مكون من دم وكرات بيضاء وفضلات بشرية يسمى (لوكى) أو السائل النفاسى ويكون دمويا مدة يوم أو يومين أو ثلاثة من ابتداء نزوله ثم مدمما ثم مخاطيا وتتناقص كميته عادة من ابتداء اليوم السادس ويصير حينئذ كرشح ذى رائحة مخصوصة وقد يستمر نزوله أكثر من أسبوع وقد

يستمر

يستمر على حالته الدموية أكثر من ثلاثة أيام . ووجود الآلام الرحمية بعد الولادة ليس طبيعيا فلذا قد لا توجد واذا وجدت كان ذلك دليلا على وجود جلط دموية أو فضلات أو سوائل فى تجويف الرحم فينقبض لقذفها . وكذلك تعود الاعضاء التابعة للرحم الى حالتها الطبيعية بعد الولادة فتحيض المرأة عقبها بستة أسابيع أو ثمانية ان لم ترضع وهذا يسمى رجوع الحيض . وقد يحصل لديها بعد مضى (٢٠) أو (٢٥) يوما من الولادة تسيلات دم من الرحم لكنه ليس حيضا ولا ناشئا عن وجود مرض رحمى بل قد يكون ذلك ناشئا عن الترك المبكر للفراش لانه يحصل به احتقان رحمى حينئذ . والجدر البطنية التى كانت متمددة مسترخية تعود الى مرونتها فتصير البطن صغيرة وقد لا ترجع الى تمام مرونتها بل تبقى ضعيفة المرونة مسترخية نوعا ويفقد جلد البطن كذلك مرونته فيتكرش وتصير التشققات والمادة الحمنتية مستمرة لكن التلونات الاخرى للجلد والوجه تزول فى الغالب . والافراز البولى يكثر فى الايام الاول التابعة للولادة لانه كان قليلا مدة الحمل . وضربات القلب تصير بطيئة مدة الثلاثة أيام الاول فى كثير من الاحوال والشهية والهضم يعودان ولكن على العموم يوجد امساك . والثديان يكابدان تنوعا مخصوصا لكونهما يؤديان بعد الولادة وظيفتهما . والافراز اللبنى يبتدئ من اليوم الثانى أو الثالث بدون حمى واذا وجدت كان ذلك دليلا على التسمم العفن النفاسى . ويلزم تنقيص افراز اللبن عند من لم ترضع باعطائها أولا مسهلا ثم منقوع الفلية أو مطبوخ جذور القصب الفارسى أو باعطائها الانتيبيرين أو البيلوكربين مع دهن الثديين بمرهم خلاصة الشوكران ثم تغليفهما بالقطن المعقم ورفعهما برباط ووضع المرأة فى الحمية . وقد يحصل فى غالب الاحوال للمرأة بعد الولادة قشعريرة بدون ارتفاع فى الحرارة بسبب التعب الذى حصل لها زمن الولادة وهى غير مخيفة بل قال المتقدمون انها فأل حسن . وعادة لا تزداد الحرارة فى الولادة الطبيعية السهلة وتزداد قليلا فى الولادة الطويلة الطلق بسبب التعب فقد تصل الى ثمانية وثلاثين درجة سنتجراد فاذا زادت عن ذلك واستمرت كان دليلا على التسمم العفن النفاسى لان الارتفاع الناجم عن التعب يزول بعد بضع ساعات من الولادة الى يوم فقط ولذا يلزم أخذ مقياس الحرارة مرتين فى اليوم بوضع الترمومتر تحت الابط ثم يغسل بمحلول السليمانى عقب كل وضع . وينخفض النبض الى ٦٠ أو ٥٠ أو ٤٦ نبضة فى الدقيقة ويستمر على ذلك مدة تختلف من ثلاثة الى خمسة أيام ثم يعود فيرتفع الى عدده العادى (٧٥) نبضة فى الدقيقة فيلزم الطبيب أن يجس النبض مرتين فى اليوم مدة الاسبوع الاول من الولادة ليبادر باتخاذ ما يلزم لكل حالة

﴿ فيما يلزم للمرأة فى الايام التالية لليوم الاول من الولادة ﴾ - يلزم أن يغسل مهبل المرأة وفرجها مرتين فى اليوم مدة الاسبوع الاول بالزروقات المعقمة بالماء المغلى أولا ثم بمحلول السليمانى ثانيا و بعد ذلك يجفف ثم يوضع فى فتحة الفرج كرة من غاز اليودوفورم أو القطن المعقم ورفادة معقمة ورباط معقم يثبت فى اللفافة البدنية و يفعل ذلك مرة واحدة فى اليوم مدة الاسبوع الثانى و يكون المستعمل للتنظيف الخرق المعقمة لا الاسفنج لانه يلزم رفضه كلية فى تنظيف أعضاء الوالدة ثم ان هذا الغسل يكون عقب قضاء كل حاجة طبيعية أيضا والاحرى عدم عمل زروقات مهبلية قبل مضى عشرة أيام متى كانت الولادة طبيعية للطفل والخلاص . و ينبغى أن تكون الانبوبة المهبلية من الزجاج أو من الصينى أو الصمغ المرن وتعقم قبل العمل و بعده ثم توضع دائما فى سائل معقم مدة الفترة ولا تخرج منه الا عند الاستعمال ثم ترد فيه بعد تنظيفها وتعقيمها و يغسل الثديان بمحلول حمض البوريك السخن عقب كل رضاع و بعده تدهن الحلمة بالفازلين البوريكى . و ينبغى ملاحظة حالة التبرز لدى المرأة لبطء حركة أمعائها فان لم تتبرز عمل لها كل صباح حقنة شرجية محتوية على ملعقتين من الجلسرين ثم يوضع تحت مقعدتها وهى مستلقية على ظهرها وقت التبرز قصرية مفرطحة ولا ينبغى التصريح لها بالقيام من فراشها . وقد لا تبول المرأة بالطبيعة فى الايام الاول التى تتبع الولادة الطويلة المدة أى يوجد حصر تام أو غير تام للبول وهذا نتيجة ضعف المثانة الناجم عن تعب المرأة بالطلق . و يصحب هذا الحصر أحيانا نزلة خفيفة مثانية ولذا يلزم المولد أن يسأل الوالدة يوميا ان كانت بالت أولا فان لم يكن ذلك وكانت المثانة غير ممتلئة يكفى صب ماء سخن على العانة والفرج لاجل تحريض انقباض المثانة والتبول وان كان الانحصار تاما فلا ينتظر امتلاء المثانة وتمددها بل تفعل القسطرة لاخراج البول و يكرر ذلك كل أربع ساعات ولاجل قسطرة المرأة وهى مستلقية على ظهرها يكفى تباعد الفخذين وانثناؤهما على البطن ثم يزلق تحت مقعدتها اناء لقبول البول أو يوضع قرب الفرج و يتذكر المولد أن فتحة قناة مجرى البول موجودة بين الشفرين الصغيرين أسفل البظر فى الجزء السفلى من دهليز الفرج أعلى الحدبة المقدمة المهبلية فيكفى تبعيد الشفرين الكبيرين ثم الصغيرين باليد لوجودها وعقب كل استفراغ بولى يحقن فى المثانة كمية من محلول بوريكى فاتر لتنظيفها بواسطة القساطير ولا يحقن فى كل دفعة الا من أربعين الى خمسين جراما من السائل والحقن يكون بواسطة طلمبة و بقوة ثم تخرج أنبوبة الطلمبة و يترك

السائل

السائل ليخرج من نفسه ثم يكرر ذلك جملة دفعات فى كل تبول . وكمية السائل التى تحقن فى كل غسل تختلف باختلاف الحالة ومتوسطها يكون مائتى جرام

﴿فى تغذية الوالدة عقب الولادة﴾ يصرح للوالدة بتعاطى بعض الاغذية السائلة من أول يوم الولادة وذلك كالشوربة واللبن لانه جيد فى الايام الاول وبعد مضى (٢٤) ساعة يمكنها أن تتغذى كعادتها ان لم يوجد عندها تغير ما فاذا وجد التجأ الطبيب الى أن يعين لها غذاء مخصوصا مناسبا لها . وان لم ترضع المرأة طفلها لا يعطى لها الا القليل من الاغذية . ويلزم أن تكون درجة حرارة غرفة الوالدة فى فصل الشتاء من (١٧) الى (١٨) درجة . ومن الضرورى تغيير هوائها فاذا كانت متصلة بغرفة أخرى فتحت منافذ الاخرى مع الاحتراس من تبريد الوالدة ولعدم تعرضها لتيار الهواء مدة تغييره فى الغرفة يلزم أن تغطى بغطاء من الصوف لغاية عنقها ويحاط سريرها بشئ يعوق الهواء مثل (قارندا) أو مواد أخرى

﴿فى مدة اقامة الوالدة فى الوضع الظهرى على فراشها﴾ لا يلزم المرأة أخذ وضع عمودى الا بعد أن ترجع أعضاء تناسلها الى الحالة التى كانت عليها قبل الحمل والوضع والا أخذ الرحم بسبب ذلك أوضاعا معيبة وعدا ذلك يصاب فى أغلب الاحوال بالتهابات باطنية واذن فلا يمكنها ان تقضى أشغالها الاعتيادية عقب الولادة الطبيعية الا بعد مضى خمسة أو ستة أسابيع أو ثمانية ففى الاسبوع الاول لا تترك الوضع الظهرى فى سريرها وفى الاسبوع الثانى والثالث يمكنها الجلوس فيه غير تاركة له بل لا يسمح لها أولا الا بارتفاع ظهرها قليلا بواسطة وسائد توضع خلف ظهرها ثم بعد مضى بعض أيام تجلس فى سريرها لتتغذى وترضع طفلها وفى الاسبوع الرابع يمكن التصريح لها بترك السرير وتسطحها وقعودها على كرسى طويل مدة ساعة فى اليوم ابتداء ثم مدة ساعتين وهكذا تدريجيا كل يوم تبعا لقوتها . وبعد مضى شهر يصرح لها بالمشى قليلا فى غرفتها ولا تخرج من منزلها الا بعد الاسبوع الخامس فيكون أول خروج لها فى مركبة تمشى الهوينا وبعد ذلك تخرج ماشية على أقدامها مدة قصيرة وخروجها يتعلق بحالة الرحم فلا يسمح لها بذلك الا بعد أن يصير الرحم فى الحوض كما كان قبل الحمل فاذا تأخر عن ذلك فى هذه المدة فيستعان على رجوعه الى حجمه الاول بتكبيسه بلطف (مساج) وعمل زرقات مهبلية حرارتها (٤٥) درجة تقع نافورتها على عنق الرحم ولا يصرح للمرأة بالسفر والسباحة والرياضة الا بعد مضى ثلاثة أشهر من الولادة

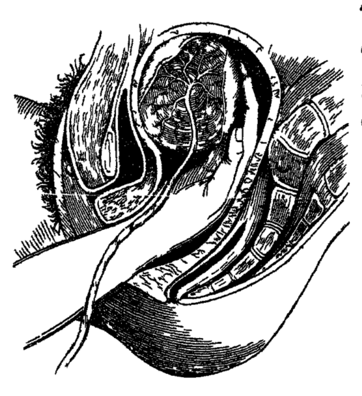
كما لا ينبغي أن تجامع الا بعد مضى ستة أسابيع من الولادة لان ذلك يحدث احتقانا فى الاعضاء التناسلية فيؤخر رجوع الرحم والمبيض والاربطة الى حجمها ووضعها الطبيعى وبعضهم لا يصرح للرجل بجماع المرأة الوالدة الا بعد حصول أول حيض بعد الولادة . ويلزم المرأة أن تلازم الفرش طول مدة الحيض الاول لتجنب الانزفة الرحمية

(فى العوارض التى تطرأ على المرأة عقب الولادة)

(فى التصاق المشيمة) - من العوارض التى تطرأ عقب خروج الطفل التصاق المشيمة بسطح الرحم التصاقا متينا بحيث يتعذر انفصالها انفصالا ذاتيا بالانقباضات الرحمية ولا يفيد فعل الدلك على الرحم ولا الزروقات الرحمية السخنة لتقوية هذه الانقباضات كما لا يفيد لانفصالها الجذب بالحبل السرى أيضا وفقط يحس المولد أثناء الجذب أن قاع الرحم هو المجذوب لا الخلاص . وهذا الالتصاق المتين ينجم فى الغالب من التهاب مشيمى أو نزيف خلالى مشيمى يحصلان زمن الحمل كما انهما قد يصحبان الولادات المتأخرة وأيا كان يلزم اخراجها بعد مضى ساعة أو ساعتين من الولادة اذا لم يحصل نزيف يخشى منه على حياة المرأة أما اذا حصل فيلزم الاسراع فى فصلها باليد واخراجها دون انتظار ولاجل ذلك توضع المرأة على السرير بالعرض كما تقدم فى الاجهاض ثم تعقم الايدى وأعضاء تناسل المرأة ثم يضبط المولد الحبل السرى بيده اليسرى ثم يدخل يده اليمنى فى الفرج ثم فى الرحم مجموعة الاصابع كالقمع مدهونا ظاهرها بالمرهم البوريكى أو السليمانى ويكون ذلك الدخول مدة راحة الرحم لا مدة انقباضه وفى اثناء دخول اليد فى الفرج يضغط بها عليه فى جزئه الخلفى مع فعلها حركة رحوية خفيفة مدة مرورها فيه ويكون أحد المساعدين مسندا قاع الرحم ليدفعه الى أسفل ويمنعه من الزوغان والحبل السرى المضبوط باليد اليسرى يرشد اليد اليمنى للوصول الى السطح الجنينى للمشيمة . فعند وصول هذه اليد يبحث الطبيب ليعرف هل المشيمة ملتصقة التصاقا كليا أو جزئيا وعلى كل فيلزم البحث بالاصابع عن المشيمة وعن دائرتها فعندما تجد اليد حافة هذه الدائرة يدخل المولد أصابعه بينها وبين الجدار الباطنى للرحم وراحة اليد الموضوعة على السطح الجنينى للمشيمة تزحف والاصابع الاربع تكشط بأطرافها المشيمة من الجدار الرحمى من أعلى الى أسفل فتكون المشيمة حينئذ محفوظة فى راحة اليد المنحنية كملعقة كما هو مشار له بشكل (٩٢) وبذلك تفصلها الاصابع من أعلى الى أسفل الى

انظر شكل (٩٢) فى صحيفة ١٣٩ وهو يشير لكيفية فصل المشيمة باليد

ان



ان يتم انفصالها فتخرجها اليد حافظة لها كما هى ومتى خرج الخلاص تدخل اليد فى الرحم ثانيا بسرعة اذا احتيج لذلك والا انغلق العنق فى الحال. ثم ان الفصل بالاصابع يكون بجذبات بسيطة لا بحركة منشارية بواسطة أطراف الاصابع لان الحركة المنشارية قد تدخل الاظافر فى نفس منسوج الرحم . واذا كانت المشيمة ملتصقة بجميع محيطها او غير ممكن فصلها من الدائرة تثقب باصبع من مركزها من جهة الى أخرى ثم تفصل بالاصبع من الداخل الى الخارج

شكل (٩٢)

فى جميع جهاتها و يكون ذلك بفعل جذبات بسيطة حتى لا يبقى على انتهاء العملية بعد ذلك الا جذب العضو المضبوط باليد ضبطا جيدا كاملا الى الخارج . ومن القواعد المهمة عدم نزع أجزاء المشيمة التى تبقى ملتصقة التصاقا متينا بالرحم بل تترك حتى تنفصل من نفسها شيأ فشيأ وتخرج مع السائل النفاسى أو مع سائل الزروقات الرحمية أو تنفصل بالسكحت *

ومن العوارض التى تطرأ عقب الولادة احتباس المشيمة . فاذا حصل فى الرحم انقباضات غير منتظمة وكانت متزايدة فى جزئه الذى هو أسفل المشيمة أو حصل انكماش فى الفتحة الظاهرة أو الباطنة لعنقه نشأ عن ذلك احتباسها وصارت جذبات الحبل مع الضغط على قاع الرحم أو الزروقات المهبلية السخنة غير مفيدة فى اخراجها وقد يكون جزء من المشيمة منحصرا فى الفتحة المنقبضة و باقيها فى تجويف الرحم غير ملتصق به وقد يكون ملتصقا . وبالجملة يمكن القول باحتباس المشيمة متى علم بالجس البطنى أن شكل الرحم غير منتظم ومصحوب بفقد دموى معان بانفصال المشيمة لكن الاحسن هو التأكد بادخال اليد فى الرحم فيعرف ان كانت المشيمة منفصلة ومنحبسة أولا وفى كلتا الحالتين متى كانت اليد داخل الرحم فلا يلزم اخراجها الا بعد اخراج المشيمة مع ضغط قاع الرحم باليد الاخرى أثناء دخول اليد الاولى خشية تمزق قاع المهبل . فاذا كانت الفتحة الباطنة هى المنقبضة أدخل الطبيب فيها جميع الاصابع بلطف و بطء ثم يضبط المشيمة ويجذبها بقوة . وان كان المنقبض هو الجزء

العلوى للرحم يجتهد فى الوصول الى هـذا الجزء و يخلص منه المشيمة باصبع أو باصبعين ثم تخرج بواسطة جذب الحبل فاذا شوهد أن المشيمة مع انحباسها ملتصقة أيضا لزم ادخال جميع اليد لتتميم انفصالها ثم اخراجها بها كما تقدم . والخطر الذى يخشى منه فى احتباس المشيمة هو النزيف الاولى الناجم عن الانفصال غير التام لها ثم النزيف التابعى للانفصال التام ثم التسمم النفاسى التابعى الناجم من التعفن المشيمى أو الجاطى

*ومن العوارض خمود الرحم. فى العادة تستمر الانقباضات الرحمية بعد خروج الطفل لكى تفصل جميع متعلقاته وتخرج الدم الآتى من الاوعية المتمزقة فاذا انقطعت هذه الانقباضات قبل خروج الخلاص ولم ينكمش الرحم قيل لهذا الانقطاع خمود رحمى تابعى وهو يشاهد أحيانا عقب تمدد الرحم تمددا عظيما مدة الحمل سواء كان ذلك بسبب حمل توأمى أو استسقاء أمنيوسى أو استسقاء دماغى جنينى عظيم أو امتداد زمن الولادة أو عند وجود تركيب معيب للرحم أو استحالة فى نسيجه كالامراض السرطانية أو وجود أورام ليفية فى نسيجه . و يعرف الخمود بكون الرحم عوضا عن كونه ينكمش نحو التجويف الحوضى على شكل كرة غليظة صلبة يبقى رخوا حافظا للحجم الذى كان عليه قبل الولادة و يعرف أيضا بوجود نزيف دموى كثير المقدار أو قليله دال على عدم الانفصال التام للمشيمة . وفى بعض الاحيان ينفصل الخلاص و يسقط فى عنق الرحم فيسده فيمتنع النزف الظاهرى لا الباطنى لان الدم الخارج من الجيوب المتمزقة يتراكم فى تجويف الرحم وعلوه و بذلك يحفظ الرحم الحجم الذى كان عليه قبل الولادة . وقد ينجم عن هـذا النزيف موت فجائى ولذا يجب الاسراع فى اخراج الخلاص باليد ثم تحريض انقباض الرحم بالزروقات السخنة وفعل الدلوكات الخثلية باليد . وأحيانا يكون النزيف معاقا من الخروج الى الظاهر بسبب انسداد الفتحة الرحمية بخلط دموية أو بالانقباض العضلى لعنق الرحم الذى ينغلق بسبب هـذا الانقباض ولذا لا يترك المولد المرأة الا بعد مضى ساعة من خروج الخلاص وفى مدتها ينظر وجه المرأة ويجس نبضها و يبحث القسم الخثلى وغيار الفرج و يكرر ذلك جملة مرات فى اليوم . و يعرف النزيف الظاهرى بتلوث غيار الفرج والنزيف الباطنى بهاتة الوجه وتزايد حجم البطن و برودة الاطراف وصغر النبض و بالدوار وطنين الاذنين وغطمشة البصر والغشيان (أى الاغماء) والقلق التى تعترى المرأة و يعرف أيضا بالانقباضات التشنجية وعرق الوجه بل وكل الجسم أحيانا . وفى أغلب الاحوال يكون النزيف مختلطا أى باطنيا وظاهريا فى آن واحد لان

الفتحة

الفتحة الرحمية لاتسمح لخروج جميع الدم النازف فيبقى جزء منه ويتجمد داخل الرحم شيئاً فشيأ . ثم ان النزيف تارة يكون غزيراً مميتاً اذا انفصل جزء عظيم من المشيمة وتارة يكون قليلا لايخشى منه اذا كان المنفصل من المشيمة جزأ صغيرا الا انه يوجد زمن لمداركته

(مايجب عمله نحو الجمود الرحمى) ـ اذا لم يوجد نزيف رحمى لا خارجى ولا داخلى فلا يلزم فعل شئ بل يجب الانتظار واذا وجد لزم اخراج الخلاص باليد ثم يتبع ذلك بزروقات رحمية معقمة حرارتها (٤٥) درجة محتوية على جزء من الخل النقى لغسل الرحم وتنبيهه واخراج جميع مافيه من الجلط الدموية ثم فى أثناء ذلك ينبه الرحم بدغدغته باليد الموجودة داخله وبالدلك باليد الاخرى عليه فى القسم الخثلى فاذا استمر النزيف والجمود بعد فعل ماتقدم يحقن تحت الجلد بحقنة من الارجوتين أو من محلول الجيلاتين مع مساعدة ذلك بالضغط على الاورطة البطنية ويحقن أيضا بالمصل الصناعى تحت الجلد فاذا لم يفد جميع ذلك يغسل الرحم بمحلول فوق كلورور الحديد بنسبة (١) على (٤) من الماء فاذا لم يفد يفعل السد المهبلى .

ومن العوارض النزيف وهو ينجم عن جملة أسباب . منها الجمود الرحمى والاحتباس المشيمى والانفصال غير التام لها ونحو ذلك . وأقوى أسبابه الجمود سواء كان كليا أوجزئيا والجزئى أكثر تأثيرا اذا حصل عقب انفصال جزء من المشيمة . وهو (أى الجمود الجزئى) قد يكون ناشئا عن وجود الباقى من المشيمة بدون انفصال أو عن وجود جزء من أغشية الجنين أو عن وجود جلط دموية فى تجويف الرحم . ففى الجزء الذى حصل فيه الجمود لا يوجد انقباض يضغط العروق المتمزقة والمفتوحة فى جدار الرحم من الباطن ولذا يستمر النزيف منها . وقد يكون النزيف متقطعا بسبب أن الدم الخارج يتجمد داخل الرحم فيكون جلطا تضغط على العروق المتمزقة فيقف النزيف ووجود الجلط ينبه الرحم فينقبض ويقذفها فتصير هذه العروق مكشوفة لاضغط عليها فيعود النزيف وهكذا . وقد يكون سبب النزف استعدادا خصوصيا للمرأة (ايموفيل) أو يكون متسببا عن الانيميا أو عن ضعف البنية * ثم ان النزيف يكون أوليا وثانويا . فالاولى هو الذى ينتج عن الانفصال غير التام للمشيمة وهو إما ظاهرى واما باطنى واما ظاهرى وباطنى معا . فالظاهرى يعرف فى الحال برؤية الدم الخارج . والباطنى يعرف بالظواهر العمومية الناتجة عنه وهى بهاتة الوجه وصغر النبض ونحو ذلك كما تقدم فى جمود الرحم . والنزيف الثانوى هو الذى يتبع الانفصال التام للمشيمة . وهو أيضا إما ظاهرى واما باطنى واما ظاهرى وباطنى معا . فالظاهرى يعرف

أيضاعما تقدم وكذلك الباطنى ولكن مع اصطحابه بانقباض رحمى ويسبق غالبا بقشعريرة ولذا لو كان الدم الخارج غير كاف لتفسير الظواهر المتقدمة التى هى بهاتة الوجه وصغر النبض ونحوها يبحث الرحم فيجده متزايد الحجم مع تأوه المرأة من أدنى ضغط عليه . ولاجل ايقاف النزيف يلزم المولد أن لا يترك شيأ فى الرحم لانه يجب اخراج كل ما يحتوى عليه باليد ثم استعمال الزروقات المعقمة الخليسة التى حرارتها ٤٥ درجة فاذا لم يفد استعمل الكحت الرحمى أو السد الرحمى كما تقدم ومتى وقف النزيف فاذا كانت المرأة فقدت جزأ عظيما من الدم فتعطى جرعة تود أو جزأ من الشاى مع جزء من الكونياك أو من الشمبانيسة المثلجة أو يفعل لها الحقن تحت الجلد بالبنين (كافيين) أو بالايتير أو بالمصل الصناعى لان جميع ذلك من المنبهات الوقتية ثم تلف المرأة بملاءة سخنة وتحاط بزجاجات مملوءة بماء سخن ويفعل حقن المصل فى الأوردة اذا كان الخارج من الدم أكثر مما تقدم وحياة المرأة مهددة * ومن العوارض التى تطرأ عقب خروج الطفل تمزق الحبل السرى إما بسبب شدة بقوة أو بسبب دقته وهشاشته فيتمزق بأقل جذب وفى كلتا الحالتين يلزم فعل الخلاص الصناعى لان الحبل الذى هو ضرورى لجذب الخلاص صار معدوما * ومن العوارض انقلاب الرحم وهو ينجم عن الجذب المعجل للحبل السرى قبل انفصال المشيمة خصوصا اذا كان هناك خمود رحمى وقد ينجم أيضا عن قصر الحبل السرى والتصاق المشيمة التصاقا قويا بقاع الرحم وقت خروج الجنين فى الولادة السريعة خصوصا عند متكررة الولادة اذا ولدت واقفة . ثم ان هذا الانقلاب يعرف بالنظر الى العضو الموجود فى الفرج الذى قد يكون مغطى بالمشيمة لانه متى حصل الانقلاب فتارة تكون المشيمة منفصلة وتارة لا وهو الغالب . فاذا وجد الطبيب أن المنفصل منها جزء صغير وجب عليه أن يرد الرحم فى الحال قبل أن يختنق بعنقه أثناء انقلابه وبذلك الرد يقف أيضا النزيف الناجم عن هذا الانفصال الجزئى . وهذا النزيف خطر يخشى منه على حياة المرأة كما ذكر . وأما اذا كان المنفصل من المشيمة نصفها فيلزم تكميل الانفصال قبل الرد . وكيفية الرد هى أن يوضع اصبع فى كل جهة من جهات قاعه المنقلب ثم يدفع بهما شيأ فشيأ الى الداخل حتى يعود الى أصله

﴿المقالة الرابعة فى الولادة المعيبة﴾ — الولادة المعيبة هى التى لا يمكن أن تنتهى بالقوى الطبيعية فقط بدون خطر يحصل للام أو للجنين أو لهما معا . وتنقسم الى ثلاثة أقسام . الاول عاقة الجنين عن الخروج . الثانى حدوث عوارض تجعل الام أو الجنين فى خطر وان

كان

كان سير الطلق على حالته الطبيعية . الثالث الاعمال التى يلتجئ المولد لعملها لنجاة الأم أو المولود أو هما معا

﴿ القسم الاول فى الولادة المعيبة وأسبابها ﴾ - أسباب هذا القسم خمسة عشر . الجمود الاولى الرحم . الانقباضات غير المنتظمة للرحم . صلابة عنق الرحم . الانقباض التشنجى لعنق الرحم . المقاومة العظيمة للعجان . ميل الرحم الى الامام . ميله الى الخلف . قصر الحبل السرى . عدم انتظام مجيء الجنين سواء كان مضاعفاً أو منفردا . التصاقات الاجنة المتضاعفة . تمزق الرحم أو المهبل . أمراض الجنين مع ازدياد حجمه . المجيآت الرديئة للجنين . عيوب التركيب الطبيعي أو المكتسب للرحم أو المهبل أو الفرج . سوء تركيب الحوض مع ضيقه .

﴿ فى الجمود الاولى للرحم ﴾ - معلوم أن انقذاف الجنين يحصل بالانقباضات العضلية القاذفة للرحم فتى ضعفت هذه الانقباضات أو فقدت مدة سير الطلق سمى ذلك بالجمود الرحمى الأولى فالآلام التى كانت قوية فى ابتداء الطلق وكان يظن انها تحدث ولادة سريعة تضعف شيأ فشيأ فتصير قصيرة المدة متباعدة ثم تزول . وأسباب هذا الجمود وجود ضعف عمومى فى بنية المرأة أو اضمحلال فى قواها العصبية أو ضعف خصوصى فى الرحم وقد يحصل الجمود عقب التمدد الزائد للرحم كما فى بعض أحوال الاستسقاء الامنيوسى والحمل التوأمى . وقد تكون الانقباضات الرحمية قوية لكنها تضاد بشئ آخر يمنع تأثيرها على الجنين كامتلاء المثانة بالبول أو وجود كيس مبيضى أو ورم ليفى داخل الرحم فتنتهى بزوالها وقد لا يدرك سبب لهذا الجمود

﴿ فيما يجب على المولد أثناء هذا الجمود ﴾ - من المهم معرفته للمولد طور الطلق الذى يحصل فيه جمود الرحم فتارة يحصل أثناء طور تمدد العنق وأخرى أثناء طور الانقذاف كما أنه ينبغى معرفة سلامة الاغشية من عدمها لانه ربما امتد طور التمدد الى ثمان وأربعين ساعة أو أكثر بدون حصول خطر على الجنين والأم متى كانت الاغشية غير متمزقة بخلاف طور الانقذاف فانه لا يزيد عن ست ساعات أو ثمان بدون أن يحدث خطر على الام أو الجنين . فأما خطر الام فهو التهاب القناة المهبلية أو تغنغر جزء منها . وخطر الجنين اختناقه بانضغاط الحبل السرى أو اضطراب الدورة الرحمية المشيمية ولا يحصل له ذلك الا اذا تمزقت الاغشية من ابتداء الطلق اذ لو بقيت سليمة لا يحصل الخطر الا للام فقط لان الجنين مادام سابحا فى السائل الأمنيوسى لا يكون معرضا للخطر . وبالجملة اذا امتد طور الانقذاف من ست ساعات الى ثمانية بعد

تمزق جيب المياه يموت جنين من أربعة وإذا تجاوز اثنتي عشرة ساعة يموت تسعة أجنة من عشرة وثلاث نسوة من خمس يلدن بهذه الكيفية بسبب اضمحلال عصبي أو التهاب رحمي بريتوني . فعلاج الجمود الرحمي يختلف باختلاف السبب فإن كان ناجماً عن ضعف عمومي لدى المرأة تعطى قليلاً من المرق والنبيذ الى أن يتم تقريباً تمدد عنق الرحم وبعد ذلك يمزق جيب المياه لتقوية الرحم ان لم يكن تمزق . وإذا لم يكف ذلك تستعمل الزروقات المهبلية الحارة . وإذا حصل الجمود أثناء طور الانقذاف أخرج الجنين بالجفت أو بالتحويل على حسب مقتضيات الاحوال وإذا كان الضعف قاصراً على الرحم وجاءت الرأس بحالة جيدة ولم تكن عظيمة الحجم فلا ينتظر تمام تمدد العنق لاجل تمزق الأغشية بل يلزم تمزيقها ثم استعمال الزروقات المهبلية الحارة والدلوكات الخثلية ودغدغة عنق الرحم لان هذه الوسائل تكفي لتحريض الانقباض الرحمي . وقد شوهد في بعض الاحوال أن الرياضة على الاقدام في مسكن المرأة تحدث هذه النتيجة حتى ان المرأة القوية لا تحتاج لاستعمال جفت الولادة الا نادراً . وإذا كان الاستسقاء الامنيوسي هو السبب في الجمود وجب بط الكيس لاخراج جزء من مائه فيقوى الرحم وينتظم الطلق . ويحسن فصد المرأة اذا كان الجمود ناجماً عن الامتلاء الدموي العمومي أو الرحمي . وإذا كان ناشئاً عن انقباضات عنق الرحم فيسرع المولد بوضع الجفت عند سماح تمدد العنق بذلك لاخراج الرأس لانها متى خرجت زالت الانقباضات وزال معها الجمود . وإذا كان الجمود ناجماً عن تمدد المثانة بالبول أخرج بالقساطير . وعلى كل يلزم عقب خروج الجنين ان تفعل الزروقات الحارة المعقمة لمساعدة قذف الخلاص

(في الانقباضات الرحمية غير المنتظمة) - قد تكون الانقباضات الرحمية شديدة غير منتظمة أي لا تتخللها فترات من الزمن وقد تكون الانقباضات جزئية أي انها تحصل في جزء واحد من الرحم دون باقي الاجزاء وهذه الانقباضات تكون مؤلمة جداً مقلقة كما اذا كانت عامة للرحم فيعتري المرأة منها اضطراب شديد فتبكي ويعتريها أيضاً هذيان واختلاجات فيها ينقطع سير الطلق . وتعالج في هذه الحالة بفصد المرأة وباعطائها قليلاً من اللودانوم في جرعة أو حقنة شرجية وهو الاحسن . وإذا كانت المرأة ذات مزاج عصبي لا تفصد بل توضع في حوض مملوء بالماء السخن نحو ربع أو نصف ساعة مع اعطائها اجزاء من الافيون فتسكن الآلام وتستريح المرأة ثم يأتيها النوم وقد يستعاض الافيون بعشرين نقطة من اللودانوم الى ثلاثين وعقب ذلك بزمن يسير تحصل آلام بسيطة منتظمة عامة للرحم ويبتدئ سير الولادة المنتظم وتنتهي بأحسن حال

*(في

(في صلابة عنق الرحم) - صلابة عنق الرحم توجد عند الشابات القويات خصوصا عند بكريات الولادة المتقدمات في السن فيصعب تمدد فتحته فاذا جس العنق بالاصبع وجدت حافته رقيقة فاقدة الحرارة عادمة الاحساس يابسة فلا يحصل في عنق الرحم لين ولا انمحاء مطلقا أو يحصلان حصولا غير تام أو ببطء وعما قليل يقف التمدد قبل تمامه قهرا عن الانقباضات الشديدة لجسمه . وكثيرا ما تكون الصلابة ناشئة من آثار التحامات عتيقة أعقبت تقيحات مختلفة الطبيعة . وقد تكون الصلابة ناجة عن أوزيما صلبية لعنق الرحم أو عن تنوع مرضي في نسيجه أو عن وجود تولد مرضي ليفي فيه . ويختلف انذار صلابة عنق الرحم بالنسبة لدرجتها واستمرارها فيكون جيدا في الصلابة الخفيفة انما يكون خطرا على الجنين بالنسبة لبطء الولادة وقد ينتج عنها تمزق عنق الرحم أو جسمه . (واجبات الطبيب) يلزم الطبيب أن لا يمزق أغشية جيب المياه مبكرا بل يلزمه أن يحرض الانقباضات الرحمية بالدلكات الخثلية أو بالزروقات المعقمة الحارة الموجهة على عنق الرحم أو بوضع المرأة في حوض مملوء بماء سخن مدة نصف ساعة ان لم يكن هناك خطر على الجنين والأم لان الصلابة قد تزول بذلك فاذا أدرك الطبيب أقل خطر على حياة الام أو الجنين فتلزمه المبادرة باخراج الجنين إما بالجفت أو بالتحويل بعد تمديد فتحة عنق الرحم بالصناعة فاذا كان الجنين ميتا أخرج بالتقطيع . واذا كان حيا ومجيئه معيبا لزم تحسين المجيء حتى يكون طبيعيا . والتمديد الصناعي يكون إما بالاصبع أو بالآلة الممددة ذات الثلاث فلق للمعلم (تارنيير) أو بالكرة الممددة أو بوضع المجسات وأما فعل الشقوق في عنق الرحم في اتجاهات مختلفة طول الواحد من (٤) الى (٥) سنتمتر فانه لا يخلو من الخطر لان الشقوق قد تمتد الى جسم الرحم زمن المجهودات القاذفة * وقد تكون صلابة عنق الرحم ناجة عن اصابة بالسرطان . فاذا كانت هذه الاصابة قاصرة على جزء قليل الامتداد فلا تعوق الولادة الذاتية واذا كانت ممتدة طالت الولادة كثيرا وربما ماتت الجنين وحصلت تمزقات رحمية عند خروجه فيجب على المولد حينئذ أن يلاحظ المرأة دائما فاذا كانت الولادة بطيئة والأم والجنين ليسا في خطر أو مات الجنين ينتظر ربما تحصل الولادة الذاتية فاذا كان هناك خطر على الام يجتهد في فعل التمديد الصناعي لعنق الرحم كما تقدم ومتى سمح التمدد لمرور الجنين أخرج بالتحويل أو بالجفت اذا كان حيا وبالتقطيع اذا كان ميتا وحياة الام مهددة . واذا كانت الاصابة السرطانية لا تسمح لتمدد العنق حتى يمكن مرور الجنين استؤصل العنق قبل

الطلق أو زمنه فى الحال لأنه بدون ذلك يتمزق جسمه لامحالة . ومن أسباب صلابة عنق الرحم وجود أورام ليفية فيه فمتى كان الورم شاغلا للجزء المهبلى من عنق الرحم استؤصل بمجرد التأكد من وجود الحمل وكذلك يستأصل بوليبوس عنق الرحم اذا وجد بمجرد التأكد من وجود الحمل لان الاورام الليفية للرحم يزداد حجمها بالحمل كما يزداد حجم الرحم فتصير سببا لعسر الولادة فاذا كان مجلس الاورام قاع الرحم نجم عنها ميله الى الخلف زمن الحمل لثقلها . واذا كان مجلسها جزء العنق الموجود أعلى المهبل فى تجويف الحوض نجم عنها ضغط الحالبين والمثانة والمستقيم والاوعية والاعصاب وضيق تجويف الرحم كلما تقدم الحمل وهى تعوق أيضا التكيف الطبيعى للجنين وتحدث الجيآت المعيبة له لكونها تحرض الانقباضات المعجلة وفى أثنائها اذا كان مجلس هذه الاورام الجزء السفلى للرحم تنحشر فى الحوض الصغير فتسده وتعوق الانقباضات الرحمية فيطول طور التمدد ويمتنع خروج الجنين بوجودها . واذا كان مجلسها جدر الرحم صارت أجزاؤه رقيقة سهلة التمزق صعبة الرجوع على نفسها بعد خروج الجنين وبذلك يحصل نحو درحى ونزيف ثانوى مميت . وعلى العموم يلزم الطبيب التأمل فى هذه الاورام الموجودة داخل الرحم لانه يضطر فى استئصالها التقطيع عنق الرحم أعلى المهبل

(فى الانقباض التشنجى لعنق الرحم) ــ قد يتفق أن العنق بعد أن يبتدئ فى التمدد بانتظام يعتريه فجأة انقباض تشنجى يؤخر الولادة ويميز هذا الانقباض عن الصلابة البسيطة السابقة الذكر بكون حافات عنق الرحم تكون سميكة حارة ومصحوبة بآلام قطنية مستمرة شديدة ويشاهد هذا الانقباض عند النساء القويات الدمويات أو العصبيات القابلات للتهيج أكثر من اللينفاويات . ولمعالجة هذا الانقباض تفصد المرأة اذا كانت قوية البنية ويوضع قليل من خلاصة البلادونا على دائرة فتحة عنق الرحم ممزوجة بجزء من الفازلين البوريكى بمقدار (٣) على (١٠) ويحسن استعمالها منفردة . فاذا كانت الخلاصة ذات قوام تصنع منها اكرة فى حجم الحمصة وتثبت تحت ظفر السبابة ثم يدهن بها حول العنق لانه يكفى لذوبانها رطوبة المهبل وحرارته واذا كانت سائلة تغمس فيها اكرة من القطن المعقم وتضبط بطرفى السبابة والوسطى ثم يدهن بها جميع دائرة العنق . فاذا كانت المرأة عصبية وخالية من علامات الامتلاء العمومى أو الرحمى فلا تفصد بل يستعمل لها الحمامات العمومية المستطيلة وتعطى الافيون فى جرعة أو حقنة شرجية وتدهن فتحة العنق بخلاصة البلادونا كما تقدم

وقد

. وقد يفيدها تعاطى الكلورال واستنشاق الكلوروفورم . وبالجملة اذا لم تفد هذه الوسائط أو لم يمكن الانتظار خشية حصول خطر على الجنين أو الام يبادر الطبيب بتمديد الفتحة المنقبضة بالصناعة بالطريقة المتقدمة ثم يخرج الجنين بواسطة الجفت اذا كان المجيء بالرأس . وقد يتفق أن رأس الجنين أو جذعه (على حسب ولادته بالرأس أو بالمقعدة) يجاوز عنق الرحم ثم ينقبض العنق بعد ذلك فيضغط على عنق الجنين بقوة ويوقف انقذافه . فاذا كان المجيء بالرأس والحبل السرى غير منضغط تعطى المرأة الافيون على سبيل التجربة قبل الشروع فى عملية التمديد التى يصعب فعلها هنا . وأما اذا كان المجيء بالاقدام فالحبل السرى يكون منضغطا بالضرورة وبناء على ذلك تحصل له الاسفكسيا فيجب على المولد أن يسرع فى عمل التمديد القهرى أو شق الجزء العنقى الرحمى الاقرب بواسطة مشرط ذى زر ثم يخرج الجنين فى الحال بواسطة اليدين فقط لان الجفت لا يمكن استعماله هنا لانه لو استعمل لقبضت ملاعقه على الجزء السفلى من الرحم مع الرأس ومزقته ومع ذلك يلزم تجنب فعل الشق ما أمكن كما أنه لا ينبغى استعمال الكلوروفورم هنا لانه لا يؤثر على انقباض عنق الرحم الا اذا استعمل بكمية عظيمة ينشأ عنها خطر

(فى مقاومة العجان للولادة) - يتشكل العجان عادة زمن الولادة بشكل ميزاب ينتهى الى الفرج لانه يندفع شيأ فشيأ أمام رأس الجنين لاتساع القناة المهبلية اتساعا كافيا لمروره . وفى بعض الاحيان يكون العجان ذا مقاومة عظيمة حتى لا يتمدد وعلى ذلك لا تتقدم الرأس فى الخروج بالانقباضات الرحمية التى تنتهى بالاضمحلال فيضطر المولد حينئذ لاتمام الولادة بالجفت انما ينبغى أن يكون الجذب ببطء لتجد أنسجة العجان زمنا كافيا لتمددها ولان الجذب الشديد يمزقها . واخراج الجنين بالجفت ضرورى لان الرأس اذا مكثت زمنا أكثر من ساعة بدون أن تخرج بعد أن تجاوزت عنق الرحم وتمزقت الاغشية حصل خطر للجنين والام معا . فخطر الام هو اضمحلال قواها الرحمية وحدوث تمزق فى العجان ربما امتد الى المستقيم والمثانة . وخطر الجنين هو حدوث الاسفكسيا له وكذا يستعمل الجفت فى اخراج الجنين اذا تمزقت الاغشية ومكثت الرأس فى التجويف الحوضى أكثر من أربع أو خمس ساعات بدون أن تصل الى الفرج مع الاحتراس من تمزيق العجان زمن الجذب واذا ظهر للمولد أن العجان صار متوترا لامعا مشرفا على التمزق عند مرور الرأس من الفرج رغما عن الاحتراس لا يتأخر عن فعل الشقين الخلفيين الجانبيين بواسطة مقص جيد معقم ثم يخرج الرأس من الفرج

فى الحال * وقد ينجم عسر الولادة عن ضيق القناة الفرجية المهبلية الجانبية أو عن انسداد فيها . فالضيق قد يكون وقتيا لانه كثيرا ما تكون هذه القناة طبيعية مدة الراحة ثم تصير صلبة زمن الولادة لقلة مرونتها الطبيعية وعدم تمددها وهذا ما يشاهد بالاخص عند بكريات الولادة المتقدمات فى السن . وقد يكون الضيق دائما خلقيا أو مكتسبا ناجما عن ندب التحام فاذا وجد الطبيب ذلك الضيق وجب عليه الانتظار لأن الولادة وان كانت طويلة المدة الأنها ربما تنتهى بالقوة الطبيعية ولكن اذا رأى أن الام أو الجنين فى خطر لزمه الاسراع فى اتمام الولادة بالجفت لا بفعل الشقوق فى الفرج ولا فى المهبل مع الجذب ببطء خوفا من تمزق العجان كما تقدم . وأما انسداد القناة المذكورة فقد يكون طبيعيا أو ناجما عن وجود آلة أو حالة مرضية أو عن مقاومة غشاء البكارة ومع ذلك قد تحصل الولادة الذاتية . وقد يكون الانسداد مكتسبا وناجما عن ندب التحام . ثم ان الانسداد المهبلى الفرجى يكون غير تام فى الابتداء فيسمح للجماع ولا يتم تمزقه الا فى الولادة وحينئذ قد يمتد التمزق الى بقية أجزاء المهبل بل والرحم والمثانة والمستقيم والعجان أثناء الانقباضات القاذفة . فاذا عرف المولد هذا الانسداد مدة الحمل لزمه فعل عملية مهبلية للمرأة فى الحال لازالته واذا لم يعرفه الا فى زمن الطلق أسرع فى اخراج الجنين بالشق البطنى وبعد شفاء المرأة تفعل العملية اللازمة لازالة هذا الانسداد

(فى ميل الرحم) - قد يحصل ميل فى الرحم ناشئ عن ضعف زائد فى جدر البطن أو عن عيب فى تركيب الحوض كضيقه فيكون قاع الرحم مائلا ميلا كليا الى الامام بحيث يستحيل تعديله ووصول الأصبع الى العنق ومع ذلك تحشر رأس الجنين فى التجويف الحوضى من ابتداء الطلق ثم تمر من فتحة العنق الباطنة لكنها لا تخرج من فتحته الظاهرة بل تدفع الجزء المقدم الرحمى الى الامام حتى يصل معها الى الفرج فعلى المولد حينئذ أن يتكئ على الجزء السفلى من الرحم ليرفعه ويجذب بأنملة السبابة شفة الفتحة الرحمية نحو مركز تجويف الحوض بقدر الامكان ويستمر مثبتا لها هنالك بالسبابة الى أن يتم تمددها فان لم يثمر هذا العمل وشوهد اضمحلال المرأة لزم فعل الشق الرحمى من المهبل ولأجل ذلك توضع المرأة كوضعها لادخال الجفت ثم يدخل فى المهبل منظار ذو أربع فلق ثم يفعل شق مستعرض طوله من خمسة الى ستة سنتيمتر فى جزء الرحم الموجود فى قاع المنظار بمشرط قليل التحدب واذا لم يكن هذا الشق كافيا لمرور رأس الجنين تشق الشفة التى خلف هذا الشق بمشرط ذى زر وبعد ذلك تترك الولادة للطبيعة أو يساعدها المولد بجذب الجنين بالجفت والأحسن اخراجه بالشق

بالشق البطنى اذا كان حيا . وقد يميل الرحم الى الخلف فيصير قاعه فى التجويف العجزى وعنقه مرتفعا الى الأعلى والامام فى محاذاة الارتفاق العانى . وقد يحصل فى آن واحد انثناء جسم الرحم الى الخلف على عنقه فى محاذاة اتصالهما ببعضهما وهذه الحالة نادرة الحصول وتشاهد عند متكررات الولادة وفيها أيضا يصير الرحم محشورا فى التجويف الحوضى لا يمكنه أن يصعد الى التجويف البطنى إما لان قاعه صار منثنيا فيه بألجمة والتصاقات وإما لثقله بوجود متحصل العلوق فيه . ومن الاسباب المهيئة لحصول الميل والانثناء تكرر الولادة وضعف الاربطة الرحمية سيما اذا كان العجان مسترخيا أو متمزقا . وقد يحصل هذا الميل دفعة واحدة تارة وأخرى ببطء . فالاول لا يحصل الاعقب تأثير فعل بادق فتشعر المرأة بتمزق داخل حوضها وبالبحث يتحقق الطبيب من حصول الميل . والثانى يحصل تدريجيا . وأسبابه مختلفة منها حصر البول وضيق الحوض الذى تكون زاويته العجزية القطنية أكثر بروزا لأن الرحم ازداد حجمه بالحمل فلا يصعد بل يميل الى الخلف وينثنى . ومنها وجود الاورام الليفية فى قاع الرحم لانه بثقلها يميل الى الخلف أيضا ومنها وجود الالتصاقات الحوضية البريتونية الخلقية والناتجة عن الالتهابات التى تصيب الاربطة العريضة أو المبيضين فالنوع الاول من الميل والانثناء لا يحصل الامن ابتداء الحمل الى انتهاء الشهر الثالث وبعد ذلك لا يحصل لأن الرحم يكون قد تجاوز المضيق العلوى فلا يمكنه أن ينثنى ويسقط فى تجويف الحوض . ومن علامات هذا النوع اصطحابه بآلام شديدة ممزقة وتهوع وقىء . والنوع الثانى أى التدريجى أكثر مشاهدة من الاول ومن علاماته حصول عسر فى التبول وسلس فى البول مدة بدون ارادة . وقد يلتبس سلس البول بسيلان مائى رحمى ويميز البول برائحته واستمرار امتلاء المثانة الذى يعرف بالقسطرة . ومن علاماته أيضا حصول امساك مستمر وعدم تناسب كبر البطن لزمن الحمل . ومنها تمدد المثانة وقصر الجدار الخلفى المهبلى وعسر وصول السبابة الى عنق الرحم فى ابتداء الحمل حتى يلزم رفع الحوض قليلا للوصول اليه مع توجيه الاصبع كثيرا الى الأعلى والامام فيدركه الاصبع خلف الارتفاق العانى وكذا يدرك الاصبع جسم الرحم فى التجويف الحوضى * وقد يصعد الرحم الى التجويف البطنى من نفسه أو بواسطة الطبيب متى كان حجمه قليلا أى قبل الشهر الثالث فتى صار الرحم فى التجويف البطنى استمر الحمل على سيره الطبيعى فاذا لم يصعد الرحم الى تجويف البطن قبل انتهاء هذه المدة بقى محبوسا فى تجويف الحوض ولا يمكن اعتداله

أصلا وبناء على ذلك قد يحصل اجهاض بسيط أو مصحوب بتمزق فى الرحم فاذا لم يحصل الاجهاض نجم عن وجود الرحم فى الحوض ضغط الاعضاء الحوضية فتحصل غنغرينة بالمستقيم أو المثانة وتمدد المجاز ورقته ثم تمزقه مع الرحم زمن الانقباضات . فاذا لم يبادر الطبيب باخراج الجنين ماتت المرأة حتما لأن الخطر يزداد كلما تقدم الحمل . ولتشخيص ميل الرحم ينبغى أولا التحقق من الحمل فاذا كانت المثانة ممددة ومخفية للرحم استفرغ البول بالقساطير واذا كان الحمل خارج الرحم وجد الرحم فارغا ووجد ورم بجانبه وهذا بخلاف الحمل الحقيقى فان الورم يكون داخل الرحم

﴿ ما يجب على الطبيب فعله عند ميل الرحم ﴾ - يجب عليه ملاحظة المرأة المصابة بهذا الميل قبل الحمل اذا ندب لها من ابتدائه وحينئذ يلزم أن يفرغ المثانة كل يوم ثلاث مرات بالقساطير اذا لزم الحال ثم يأمر المرأة بالاستلقاء على بطنها مدة الثلاثة شهور الاولى وبوضعها على ركبتيها ومرفقيها ثلاث مرات فى اليوم مدة عشر دقائق فى كل مرة ويستمر على فعل ذلك الى انتهاء الشهر الثالث وبهذا العمل يخرج الرحم من المضيق العلوى فيصير فى تجويف البطن وحينئذ لا يخشى رجوعه بعد هذا الزمن لانه يستمر على الصعود فى التجويف البطنى واذا لم تستعمل هذه الطرق من ابتداء الحمل كان ذلك غير مفيد فيلتجأ اذن الى أعمال أخرى لاعتدال الرحم ولاجل ذلك يفعل للمرأة حقنة مسهلة فى الليلة السابقة ليوم العمل وأخرى فى صباحه ثم يبتدئ فيه باستفراغ المثانة بالقساطير وتخدر المرأة بالكلوروفورم ثم تلقى على بطنها وعدد الشرج والمستقيم وبعد تعقيم هذه الاعضاء ويدى الطبيب جيدا يدخل ثلاثة أصابع أو اصبعين أو السبابة فقط من يده اليسرى فى المستقيم حتى يصل الى محاذات الرحم ثم يدخل سبابة يده اليمنى فى المهبل الى أن يصل الى عنقه فيدخله فى فتحته ثم يفعل باليدين (التى احداهما فى المهبل والاخرى فى المستقيم) فى الرحم حركات جانبية ذهابا وايابا رافعا العنق باصبع يده اليمنى الى أعلى تارة وقاع الرحم باليسرى تارة أخرى مع الالتفات للاستنشاق الكلوروفورمى فبهذا العمل يمكن أن يعتدل الرحم ويتخلص من الحوض ويصير قاعه فى التجويف البطنى . وقد لا يثمر هذا العمل لوجود التصاقات رحمية حوضية متينة أو لوجود عيوب فى تركيب الحوض أو تركيب الرحم نفسه وفى هذه الاحوال يلزم وضع كرة هوائية فى المستقيم لاعتداله اذا أمكن . فاذا لم ينجح هذا العمل فعلت الولادة المعجلة . وقد يعسر خروج الجنين بهذه العملية أيضا لغلظ حجم الرحم ومتحصله فاذن يلزم بط الكيس من المهبل أو المستقيم ليتناقص حجم الورم ما أمكن ويخرج الجنين

﴿ سقوط

(سقوط الرحم) - قد يوجد عند المرأة قبل الحمل سقوط في الرحم فاذا حملت ازداد السقوط وقد لا يحصل الا زمن الحمل لثقل الرحم واسترخاء العجان فاذا كان السقوط قليلا فلا يمتنع صعود الرحم الى التجويف البطني في الشهر الرابع أو الخامس من الحمل . واذا كان السقوط عظيما فلا يصعد الرحم الى التجويف البطني بل يبقى متحشرا في التجويف الحوضي وضاغطا على الاعضاء الحوضية فينجم عن ذلك انقباضات رحمية قاذفة أي يحصل الاجهاض وهو جيد للأم ان لم ينشأ عنه تمزقات في الرحم والا كان خطرا . وعلى الطبيب أن يأمر المرأة المصابة بالسقوط الرحمي قبل الحمل بالاستلقاء على ظهرها مرتفعة المقعدة من ابتداء الحمل وتستمر على هذا الوضع مدة الاربعة الاشهر الاول اثما في ابتداء الحمل توضع على ركبتيها ومرفقيها مدة عشرين دقيقة ويكرر ذلك مرتين في كل يوم مع ملاحظة الرحم أثناء هذا الوضع . وكذا يفعل هذا العمل اذا احدث السقوط أثناء الاشهر الاول من الحمل . أما عمل السد المهبلي أو وضع الفرازج فهو مضر لانه يحدث احتباس الرحم في الحوض واذا يلزم تجنبه . وقد يصعد الرحم ثم يسقط ثانيا زمن انقذاف الجنين فيعوق خروجه وحينئذ يلزم اخراجه بالجفت

(في عسر الولادة الناجم عن قصر الحبل السري) - ينجم عن قصر الحبل السري وقوف رأس الجنين في التجويف الحوضي رغما عن قوة الانقباضات القاذفة أو ظهورها نحو الفرج أثناء حصول تلك الانقباضات ثم عودها الى الداخل أثناء زوالها ويصطحب ذلك بألم في قاع الرحم وانبعاج فيه أثناء الطلق ثم بزوالان أثناء وقوفه ومتى كان طول الحبل أقل من خمسة عشر سنتيمترا قيل ان الحبل قصير . والقصر يكون حقيقيا للحبل السري أو نسبيا لالتفافه حول عنق الجنين أو جذعه أو أحد أطرافه وهو خطر على الجنين اذا كان ناجا عن التفافه حول عنقه لتعرضه للاختناق وعلى الام لانه يستدعي امتداد الطلق فتضمحل قواها أو لكونه ينجم عنه نزيف اذا تمزق الحبل السري أو حصل انفصال مبكر في المشيمة أو لاحداثه أحيانا انقلابا في الرحم أو لمساعدته على المجيء المعيب للجنين . وبالجملة سواء كان القصر حقيقيا أو نسبيا يلزم المولد أن يبادر لاخراج الجنين بالجفت اذ بمجرد خروج رأس الجنين يعرف الطبيب حالة الحبل فان كان ملتفا حول العنق يجتهد في تخلاصه اذا أمكن والا فيضغط بجفتين صغيرين ذوي ضغط مستمر في نقطتين متباعدتين عن بعضهما قليلا ثم يقطع الحبل بينهما بمقص معقم وان لم يعلم نوع قصر الحبل ولم تمكن رؤيته أدخل الطبيب السبابة في الرحم من جهة بطن الجنين ثم يصعد نحو السرة فمتى وجد الحبل متوترا علم أن القصر حقيقي فيجب عليه اذن جذب الجنين الى أن يظهر جزء الحبل المتصل بالسرة فيضع عليه في

ثقطتين متباعدتين عن بعضهما جفتين ويقطع الحبل بينهما كما تقدم ثم تترك الولادة وشأنها فينتظم غالبا خروج الجنين والا استخرج بالجفت فى الحال ثم بعد خروجه يلزم التأكد من انقلاب الرحم أو عدمه فاذا كان منقلبا تدخل اليد فيه وترده الى شكله الاصلى



﴿ فى عسر الولادة الناجم عن عدم انتظام مجىء الاجنة المتضاعفة والمنفردة ﴾ — عدم انتظام مجىء الاجنة يكون . أولا بمجىء رأسى جنينين معا فينحصران فى المضيق العلوى كما فى شكل (٩٣) . ثانيا بمجىء أحد الاطراف الحوضية لاحد الاجنة مع رأس الجنين الآخر أو باتيان جنين بقدميه خرج الى عنقه وعاقته رأس جنين آخر خرجت أولا من الرحم ونزلت فى التجويف الحوضى ثم وقفت أسفل رأسه كما فى شكل (٩٤) ثالثا بمجىء جنين برأسه وصلت الى التجويف الحوضى بسهولة ثم عاقها عنق جنين آخر معا نق بالعرض لعنقها كما فى شكل (٩٥) رابعا بمجىء جملة أطراف سفلى لأجنة منحصرة فى الفتحة الرحمية على هيئة حزمة . ففى الحالة الاولى شكل (٩٣) والثالثة شكل (٩٥) يلزم تجربة جذب الرأس الاكثر انحصارا بواسطة الجفت ولا يلتجأ الى ثقبها الا اذا لم يفد جذبها . وفى الحالة الثانية شكل (٩٤) ينبغى رد الطرف أو الاطراف الساقطة وحفظها مردودة بالداخل لسهولة نزول الجنين الآتى

شكل (٩٣)



شكل (٩٤)

انظر شكل (٩٥) فى صحيفة ١٥٣

برأسه

برأسه لكن اذا كانت الاقدام مائلة الى السقوط دائما فبمجرد تمدد العنق تمددا كافيا ينبغي وضع الجفت في الحال على الرأس الآتية بجانب الاقدام واخراجه لانه اذا ترك الجنين ذو الاقدام الساقطة حتى يخرج جذعه مات قبل وضع الجفت على رأس الجنين الثاني وزيادة على ذلك يصعب وضع الجفت فاذا لم يتم الرد أو لم يمكن اخراج رأس الجنين المضبوطة بالجفت لكبر حجمها فيلزم جذب الجنين الاول الى أن يتمكن من الوصول الى عنقه بالأصبع فيقطعه بمقص كبير منحن على سطحه ثم تدفع الرأس المنفصلة الى الداخل ويخرج الجنين الآخر بسرعة بواسطة الجفت وبعد ذلك تخرج الرأس . وبالجملة يلزم قبل قطع عنق الجنين رفعه الى أعلى نحو بطن أمه



شكل (٩٥)

ثم يجتهد الطبيب في جذب رأس الجنين الخلفي بالجفت فاذا لم يفد قطع عنق الجنين المقدم عند حياة الخلفي أو عنق الخلفي عند موته وحياة المقدم . وفي حالة المجيء بجملة أقدام يجتهد في رد بعض الاقدام بحيث لا يبقى الاقدما جنين واحد . وبما أنه يعسر معرفة كون القدمين الباقيين لجنين واحد فالصواب جذب أحدهما فقط . ومتى خرج الجنين الاول بدون عائق سهلت ولادة الثاني مالم يبق في الرحم جنينان آخران . واذا سقط طرف من أطراف الجنين وكانت فتحة عنق الرحم غير كافية التمدد لزم وضع المرأة على ركبتيها ومرفقيها ثم يجتهد في رد الطرف المذكور واذا لم يفد وضعت المرأة على ظهرها مع الراحة التامة مرتفعة المقعدة ثم يجتهد في رده أيضا ما أمكن مع الانتظار لتمام تمدد عنق الرحم لانه يسهل اذن رده فاذا لم يمكن رده بعد ذلك وطال زمن الطلق لزم اخراج الجنين بالجفت

﴿ في التصاقات الأجنة ﴾ - التصاق الاجنة يعوق الولادة وهو يحصل في التوأمين بالعنق أو بالمعدة أو بالجذع ففي الحالة الاولى متى كان الالتصاق غير قصير وغير متسع يمكن نزول أحدهما بعد الآخر بدون عسر وتتم الولادة بنفسها أو بوضع الجفت على الرأس الا كثر انحدارا بخلاف ما اذا كان الجزء الضام لهما متسعا واصلا الى القفا وقصيرا فان استعمال

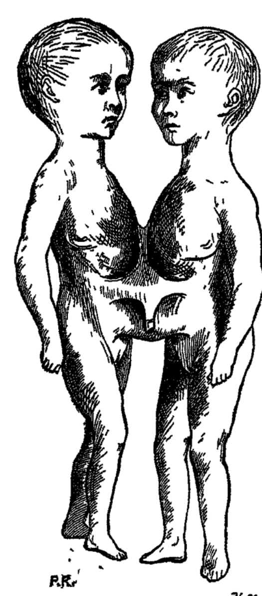
الجفت لا يفيد فيلزم ثقب وتفتيت الجمجمة البعيدة لانها هى المانع الاصلى للخروج ومع ذلك
اذا علم المولد وجود تشوه فى الخلقة فلا يفضل ثقب احداهما على الاخرى بل يجذب الرأس
الاكثر انحدارا الممكن فصلها بواسطة المقص ثم تستخرج الثانية بعد تفتيتها . واذا كان المجىء
بالاقدام فلا يجذب المولد الاقدام اماحدا لانه لا يعرف التصاقهما او انفرادهما فتى لم يفد ذلك
توضع اليد فى الرحم لجذب جميع الاقدام الى الفرج ثم يترك اتمام الولادة للطبيعة لانه يندر
تمام مدة حمل هذه الاجنة كما انه يندر غلظ رؤسهما ولكن اذا شاهد الطبيب وقوف لانقذاف
وعلم ان الرأسين محشوران فى التجويف يبادر باخراجهما باليد على التوالى فيبحث عن الرأس
الخلفية أولا ويجذبها بوضع السبابة والوسطى فى فم الجنين ثم بعد ذلك يخرج الرأس المقدمة
بالطريقة عينها واذا لم يكف الاصبعان للاستخراج لزم اخراجها بالجفت فاذا لم يفد فعل الثقب
الجمجمى والتفتيت حال رفع جذع الجنين المقدم رفعا قويا الى الامام على بطن الام لان ذلك
يصير الرأس الخلفية أكثر انحدارا فيسهل الوصول اليها ثم تخرج واذا احدثت اعاقة فصلت
وأخرجت عقب تفتيتها واذا علم تشوه خلقة الجنين اهتم بنجاة الام . واذا كان المجىء
بالكتف يفعل
التحويل القدمى
وبعد ذلك يفعل
كما فعل فى الحالة
المتقدمة * واذا
كان التصاق
التوأمين بالمقعدة
كما فى شكل (٩٦)
يمكن حصول الولادة

شكل (٩٦)

الذاتية سواء كانت الأجنة آتية بالرأس أو بالاقدام واذا صارت القوى الطبيعية المساعدة
بالجذبات اللائقة غير مفيدة فيلزم التوسط بما يختاره المولد من العمليات لنجاة الام * واذا كان
التصاق الاجنة بالجذع فليس من المهم معرفة كون الالتصاق بالجهة المقدمة للجذع كما فى
شكل (٩٧) أو الخلفية أو الجانبية انما المهم معرفة امتداد هذا الالتصاق لانه اذا كان
كثير الامتداد حصلت صعوبة عظيمة فى استخراج الاجنة لان رؤسهم تتابع مع بعضها فى

انظر شكل (٩٧) فى صحيفة ١٥٥

التحويف بخلاف ما اذا كان الالتصاق جزئيا فان هذه الحالة تدخل تقريبا فى حالة الالتصاق الرخو للاجنة سواء كان بالعنق أو بالمقعدة فيسلك المولد فى هذه الحالة ما سلكه فى الاحوال السابقة لان القصد نجاة لام فيلزم فعل التفتيت أو تقطيع الجنين . وبالاختصار ينبغى فى أحوال الاجنة الملتصقة الانتظار الزائد بقدر الامكان فربما تحصل الولادة الذاتية واذا لم يفد ذلك يجرب وضع الجفت ولا يلتجأ لعملية متلفة لاحد الاجنة الا اذا اضطر لذلك جدا أو تحقق من أول الامر من جنس التشوه الذى بسببه تقطع الأجنة وفى هذه الاحوال لا ينبغى فعل العملية القيصرية الا اذا لم يمكن ثقب الجمجمة لان المراد حفظ حياة الام ولكن لاخطر فى العملية القيصرية الآن



شكل (٩٧)

(فى تمزق الرحم) - قد يحصل فى الرحم تمزق مدة الحمل نحو الشهر الرابع عقب رض أو حدوث مرض فى جدره كسرطان أوورم ليفى أو ندبة التحام أو مدة الولادة ويصيب التمزق عنق الرحم تارة وأخرى جسم الرحم وهو نادر فالاول عبارة عن شق لا أهمية له الا اذا وصل الى فتحته الباطنية بسبب النزيف الذى يحصل وعلاجه يكون بخياطة الجزء المتمزق . والثانى وهو تمزق جسم الرحم كثير الخطر فاذا حصل لزم الاعتناء به لأن منه عمر الجنين فيصير بين طبقتى الرباط العريض اذا كان التمزق فى احدى حافتى الرحم وهذا نادر أو فى تجويف البريتون اذا كان التمزق فى قاع الرحم وهو الغالب . ثم تمزق جسم الرحم تارة ينجم عن سبب باد كالذى يحصل اثناء عمل التحويل أو وضع الجفت أو ثقب الجمجمة وتفتيتها بواسطة طبيب غير متمرن وتارة يكون ذاتيا وهو الاكثر حصولا متى كانت جدر الرحم مريضة لوجود أورام ليفية فيها أو حالة سرطانية أو لرقة تلك الجدر لكثرة تمددها كما فى الحمل التوأمى أو الاستسقاء الامنيوسى وحينئذ لا تقاوم الجدر ضغط الجنين عليها عند انقباضها فتتمزق . وفى بعض الاحيان

تكون جدر الرحم قوية والقوة القاذفة عظيمة ولكن يوجد عائق لخروج الجنين كضيق الحوض أوميل الرحم أو انحصاره . وقد يكون التمزق قليل الاتساع قاصرا على الرحم أو ممتدا الى المهبل بل والمستقيم والمثانة . وقد يكون التمزق متسعا فيسمح لخروج الجنين كله أو جزئه فى تجويف البريتون كما تقدم . ثم إن التمزق الرحمى يصطحب بألم شديد أثناء حصول الانقباضات الرحمية يعقبه فتور عظيم واغماء وترتفع الحرارة الموضعية للبطن وفى زمنه تشعر المرأة بهذا التمزق وأن الجنين تحول من موضعه . واذا كان التمزق متسعا بحيث يسمح لمرور الجنين مرمنه الى تجويف البريتون فيقف الانقباض الرحمى ويتغير شكل الرحم وتقل صلابته وحجمه ويوجد بجانبه ورم صلب قريب من جدر البطن هو الجنين . وبالجس المهبلى يدرك زوال جيب المياه الذى كان بارزا قبل ذلك واختفاء جزء الجنين الذى كان آتيا ويدرك أيضا رجوع ضيق فتحة الرحم بعد تمددها وان بقيت متمددة بحيث يمكن ادخال اليد فى الرحم أدرك انه فارغ أو محتو على كتلة مرنة هى الامعاء الدقاق لتى حلت محل الجنين . واذا كان التمزق قليل الاتساع لا يسمح لمرور الجنين تمزق الكيس الامنيوسى وحل سائله فى تجويف البريتون وفى هذه الحالة يصعب التشخيص ولا يعرف الا بعد الموت الذى يعقب التمزق الرحمى فى أغلب الاحوال بسبب النزيف الباطنى أو الالتهاب البريتونى أو الاختناق المعوى ان لم يبادر باخراج الجنين من الطريق الطبيعية أو بالشق البطنى تبعا لتمام تمدد عنق الرحم وعدمه فاذا كان التمدد تاما أسرع فى اخراج الجنين باليد أو بالجفت من المسلك الطبيعى وان لم يكن تاما أخرج بالشق البطنى

((فى تمزق المهبل)) — قد يتمزق المهبل بينما تنحصر الرأس انحصارا قويا فى المضيق العلوى بسبب ضيق الحوض وحصول الانقباضات الرحمية الشديدة ويغلب تمزقه أثناء عمل التحويل بيد غير متمرنة . وعلى العموم اذا حصلت هذه التمزقات يجب على المولد المبادرة لاخراج الجنين من السبل الطبيعية واخراج الخلاص مع عدم ترك عرى معوية منحصرة فى الجرح ثم خياطة التمزق اذا كان متسعا ثم فعل زروقات معقمة وسد فوهة المهبل بالغاز اليودوفورمى وتؤمر المرأة بالاستلقاء على ظهرها مدة طويلة فاذا خرج الجنين من التمزق المهبلى وصار فى التجويف البطنى أخرج بالشق البطنى فى الحال

((فى أمراض الجنين التى تمنع الولادة الذاتية)) — لا نتكلم هنا الا على الانفزيما والاستسقاء الدماغى والفقرى والزقى واحتباس البول وضخامة الكليتين

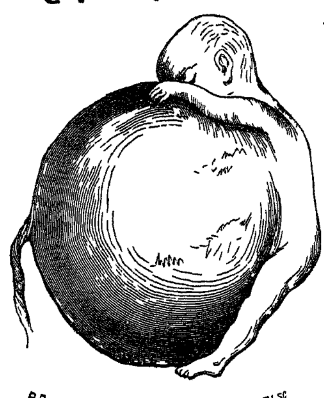
((فى الانفزيما)) — لا يصير الجنين أنفزيماويا الا بعد موته وتعفنه الذى يعرف بالرائحة الكريهة

الكريهة المنتنة المتصاعدة من الاعضاء التناسلية وبالصوت الطبلي الذى يسمع عند القرع على القسم الخثلي . فاذا حصل ذلك ينبغي للولد الاسراع فى اخراج جثته ببطء أو شق الجزء الآتي به وتفتيت الرأس بل وتقطيع الجذع لتصغير حجم الجثة ما أمكن وسهولة اخراجها مع استعمال الزروقات المعقمة بطريقة مستمرة

(فى الاستسقاء الدماغي) - الاستسقاء الدماغي هو تراكم كمية من المصل زيادة على المعتاد فى تجويف السحايا المخية . وقد يكون جزء من الكيس بارزا من العظم ومكونا لكيس آخر خارجي مستطرق بالكيس الداخلي . وينجم الاستسقاء الدماغي عن حدوث مرض للجنين أو تداول زواج الاقارب أو عن الزهري الوراثي وهو الغالب . وقد يكون عنق الرحم متمددا والأغشية متمزقة والانقباضات الرحمية قوية وحوض المرأة جيدا وطلقها منتظما ومع ذلك لا تمر الرأس من المضيق العلوي لكبر حجمها بهذا الاستسقاء . وبالجس المهبلي يدرك الاصبع رأسا غير محدبة بل مفرطحة تقريبا بها مسافات غشائية عريضة هي التداريز واليوافيخ التي تتوتر مدة الآلام وترتخي مدة الراحة ويظهر بالضغط أحيانا فيها نوع تموج وبهذه العلامات يلتبس الاستسقاء الدماغي بجيب المياه ولكن وجود هذه المسافات بين أسطحة صلبة يميز الرأس عن جيب المياه ويكفي أيضا لمعرفة فروة الرأس حكها بالظفر فاذا كانت الاغشية سليمة ينزلق الظفر فوقها بدون أن يرفع منها شيأ واذا كانت متمزقة يرفع معه الشعر الصغير لفروة الرأس فاذا لم يكف ذلك فى التشخيص يوضع المنظار لترى به فروة الرأس أو أغشية جيب المياه فمتى تحقق الطبيب من وجود الاستسقاء الدماغي ومن عدم امكان نزول الرأس فى التجويف الحوضي بادر ببطها فى محاذاة احدى المسافات الغشائية التي يمكن الوصول اليها بسهولة . ومتى استفرغت المياه الدماغية أخرجت الرأس بالجفت وان لم يمكن فتفتت بعد ثقبها . واذا كانت الرأس أعلى المضيق يفعل التحويل عقب بط الرأس بالآلة الثاقبة للمعلم (تارنيير) أو بالمقص الطويل أو بالمشرط والافضل أن يكون بالآلة البازلة الغليظة التي يبزل بها الاستسقاء البطني عادة مع الاحتراس من اصابة المخ اذا كان الجنين حيا وأريد اخراجه بدون أن يمسه ضرر . وأما فى حالة مجيء الجنين بالاقدام فبمجرد خروج جذعه من الفرج وتحقق أن العائق لتمام خروجه هو الاستسقاء الدماغي فبدلا من أن تثقب الجمجمة تفتح القناة الفقرية حذاء احدى الفقرات الظهرية الاول بازالة جزء من جدارها الخلفي ثم يدخل فى هذه الفتحة مجس من صمغ مرن موشح بسلك يدفع الى أن يصل طرفه الى الجمجمة ليخرج

كمية من السائل الدماغى فيقل حجم الرأس ثم تجذب بالجفت فاذا لم تخرج ثقبت وفتتت ثم أخرجت لان الغرض المحافظة على حياة الام

((الاستسقاء الفقري)) - اذا حصل الاستسقاء المقرى لدى الجنين وكان عظيما منع الولادة الذاتية سواء كان الجنين آتيا برأسه أو بالاقدام وعلى كل فتى عرف الطبيب هذا الاستسقاء لزمه بطه ثم جذبه من أقدامه بشدة لاخراجه

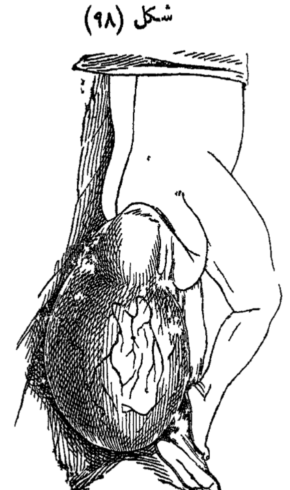


شكل (٩٨)

((الاستسقاء الزقى)) - يندر حصول هذا الاستسقاء لدى الجنين فاذا حصل وكان مانعا لخروجه وجب بط بطنه اذا أمكن الوصول اليه لاخراج السائل منه حتى يسهل خروجه

((احتباس البول)) - قد يحصل احتباس بول الجنين وينجم عنه تمدد مثانته تمددا عظيما كما فى شكل (٩٨) فيعوق خروج الجنين واذن يلزم بط القسم الخثلى له لاستفراغ البول ثم يجذب فيخرج بسهولة

((فى النمو غير الطبيعى للكليتين)) - قد تحصل ضخامة عظيمة فى كليتى الجنين تمنع الولادة فينبغى تقطيع الجنين اربا واخراجه وقد توجد أورام أخرى متكيسة كما فى شكل (٩٩) لكنها لا تعوق لولادة



شكل (٩٩)

((واجبات لطبيب فى المجيآت الرديئة للجنين)) - فى المجيء بالوضع المنحنى للقمة فى المضيق العلوى متى كان تمدد عنق الرحم كاملا يلزم المولد تمزيق الأغشية والاجتهاد فى تعديل الرأس وجعلها فى وضع جيد ويكون ذلك بالأصابع أو باحدى ملعقتى الجفت

فاذا

فاذا لم يثمر هذا العمل وكان الحوض متسعا أسرع فى عمل التحويل مالم تكن المياه قد خرجت من الرحم والرأس محصورة فى أعلى التجويف ففى هذه الحالة يلزم اخراجه بالجفت . واذا فضل المولد اخراج الجنين بالجفت من أول الامر عندما تكون الرأس خالصة فى المضيق العلوى وجب عليه أن ينتظر مقدار خمس ساعات أو ست قبل وضعه لانه ربما يحصل تعديل الوضع بواسطة القوى الطبيعية خصوصا اذا ساعدها المولد بتعديل الرحم بيده بينما تكون اليد الاخرى موضوعة على قة الرأس مباشرة

﴿ واجبات الطبيب فى الوضع المؤخرى الخلفى للقمة فى التجويف الحوضى ﴾ - متى نزلت الرأس فى التجويف الحوضى ولم تتم حركتها الرحوية الباطنية فالمؤخرى يبقى موضوعا فى تقعير العجز عوضا عن أن يأتى أسفل القوس العانى ومع ذلك تحصل الولادة فى أغلب الأحوال من ذاتها لان المؤخرى ينتهى بوصوله الى أسفل القوس العانى وان كان ببطء عظيم انما يكون الجنين معرضا للخطر والمرأة معرضة للاضمحلال العصبى والعجان معرضا للتمزق ولذا يجب اخراج الجنين بالجفت بدون انتظار انما ينبغى قبل وضع الجفت فعل شق خلفى فى جانبى الفرج اذا رأى المولد ان المجمع الخلفى للفرج متوتر رقيق لماع مشرف على التمزق وبعد وضع الجفت تخرج الرأس بالوضع الخلفى أو بفعل الدوران الباطنى كى يصير المؤخر تحت العانة وهذا أسهل لانه لايخشى فيه على العجان ثم ان هذا الدوران لا يفعل الا بعد نزول الرأس ووصولها الى العجان فوضع الجفت اذن مرة كاف لعمل الدوران الذى يفعل نحو الجهة المتجه اليها ظهر الجنين

﴿ واجبات الطبيب فى الوضع المؤخرى المستعرض للقمة فى المضيق السفلى ﴾ - الرأس الآتية بالوضع الثانى ولم تفعل عند وصولها الارضية الحوض الا نصف حركتها الرحوية الباطنية تبقى موضوعة بالعرض فى المضيق السفلى وهذه حالة رديئة فلأجل تعديلها وتوجيه المؤخرى الى الامام توضع المرأة كما توضع لعملية التحويل ثم تدور رأس الجنين بانزلاق سبابة ووسطى احدى اليدين ووضعهما على الخد المتجهة الى الاعلى وسبابة ووسطى اليد الاخرى خلف اذن الجهة المقابلة ثم تفعل من كلتا الجهتين حركة مضادة والاحسن ان تزلق اليد بتمامها التى تتوافق راحتها مع المؤخرى تحت الخد الاسفل وتدخل السبابة والوسطى فى الفم وبحركة كب عنيف للذراع يتجه المؤخرى تحت القوس العانى ولا يلتجأ للعفت الا اذا لم يثمر هذا العمل

﴿ واجبات الطبيب فى الاوضاع المؤخرية العانية أو المؤخرية العجزية الواصلة مع وقوف فى المضيق العلوى ﴾ - يجب على الطبيب وضع الجفت واخراج الجنين اذا كانت الرأس غير

متحركة وخرجت جميع المياه وأما اذا كانت الرأس لم تزل متحركة والمياه باقية فى الرحم فيفعل التحويل

(واجبات الطبيب فى الوضع الذقنى الخلفى للوجه فى المضيق السفلى) - الوضع الذقنى الخلفى يكون طبيعيا اذا كان الوجه لم يزل فى المضيق العلوى أو فى التجويف وهذا الوضع هو الاكثر حصولا للوجه من الاوضاع الاخرى ولا يستدعى توسط المولد ولذا يلزم انتظار عمل الطبيعة لان الرأس تنزل شيأ فشيأ على أرضية العجان وهنالك تفعل حركتها الرحوية فتتجه الذقن تحت القوس العانى اذا لم يعقها عائق فتنتهى الولادة من ذاتها لكن اذا اتفق عدم حصول الحركة الرحوية الباطنية وبقيت الذقن الى الخلف عوضا عن ان تأتى الى الامام فلا يتعشم فى انتهاء الولادة من ذاتها فحينئذ يلزم المولد وضع الجفت لتوجيه الذقن بسرعة الى الامام فاذا كان العمل بالجفت الاعتيادى يلزم وضعه مرتين متواليتين للوصول الى دوران الرأس نصف دائرة أما اذا فعل بجفت صغير مستقيم فيمكن الوصول الى فعل هذه الحركة من أول وضع للجفت. والخطر الذى ينجم عن هذا العمل للجنين هو موته بسبب الضغط الواقع عليه من الجفت أو من تمزق نخاعه العنقى كما انه يموت اذا ترك خروجه للقوة الطبيعية بل وتموت المرأة أيضا لانه لا يمكن انتهاء الولادة من ذاتها ولذا يلزم الاجتهاد فى تخليصها باخراج الجنين بالجفت وبه يمكن اخراج الجنين حيا انما يلزم اذ كان الجنين حيا ولم يتعسر وضع الجفت أن يوضع الجفت ولا تفعل الحركة الرحوية العظمى للرأس الا فى زمنين بينهما فترة مدتها نحو عشر دقائق فبهذه الكيفية يجد جذع الجنين زمنا يتبع فيه حركة الالتواء الحاصلة للعنق

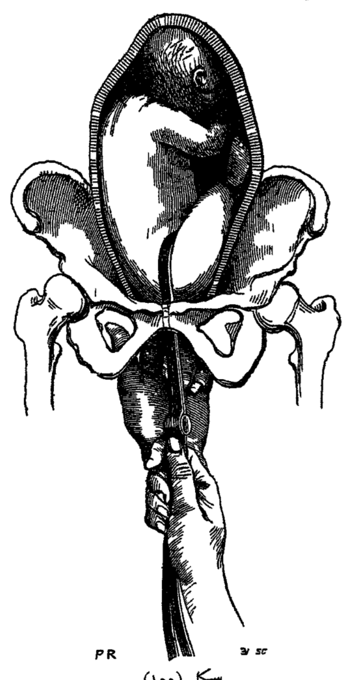
(واجبات الطبيب فى الاوضاع غير المنتظمة للمقعدة) - قد تأتى المقعدة فى المضيق العلوى وكذا فى التجويف الحوضى بوضع عجزى عرزى أو بوضع عجزى عانى وهذان الوضعان قليلا الزيادة لانهما قد يعتدلان من نفسهما كلما قربت المقعدة من أرضية العجان لكن أحيانا يبقى العجز فى أحد هذين المحلين وحينئذ يلزم التوسط لاجل وضع الحرقفتين فى اتجاه جيد وتوجيه ظهر الجنين نحو احدى الحفرتين الحقيتين للأم اذا لم يكن فيهما ومتى جاءت المقعدة بانحراف زائد الى المضيق العلوى بدون أن تنحصر فيه لزم فعل التحويل وأما اذا نزلت فى المضيق ولم يمكن ردها بالتحويل فيستعمل المشبك المثلم للجفت بوضعه فى أربية الجنين وجذبه كما فى شكل (١٠٠) وأما اذا وصلت المقعدة للمرج وكانت الفتحة الرحمية متمددة تمددا عظيما وكان جسم المياه متمزقا فيجذب بوضع السبابة والوسطى منحنيين فى ثنية أربية الجنين

انظر شكل (١٠٠) فى صحيفة ١٦١

(واجبات

﴿ واجبات الطبيب فى المجىء الفجائى للجذع ﴾ - قد يتفق أن الرأس تجىء بوضوح ثم يحس بالكتف فجأة تحت الاصبع فى المضيق العلوى فعلى المولد اذن فعل التحويل القدمى عند تمدد العنق تمددا كاملا . ويحسن عمل التحويل الدماغى أثناء انتظار تمام تمدد العنق اذا أمكن

﴿ واجبات الطبيب لدى المجىء بالقمة أو الوجه مع سقوط ذراع ﴾ - قد تكون القمة أو الوجه فى وضع جيد فى المضيق العلوى فيظن المولد أن القمة أو الوجه فيه فقط لكن متى تمزق جيب المياه أدرك الطبيب يدا ساقطة بجانب القمة أو الوجه فيلزمه ردها أعلى المضيق العلوى واذا لم ينجح الرد أو ردها ثم عادت ثانيا ترك الولادة للطبيعة مع استعداده لاخراج الجنين بالجفت عند حصول أدنى عائق انما يلزم تجنب ضبط اليد أو الذراع بملعقى الجفت مع الرأس عند وضعه وان كان ضبطهما به



شكل (١٠٠)

لا ينشأ عنه ضرر ويخرج الرأس بالجفت اذا كانت الاعضاء منحصرة والرحم منقبضا على نفسه لانه لا يمكن عمل التحويل حينئذ ويفضل التحويل اذا كانت الرأس لم تزل متحركة وتحقق من عدم امكان رد العضو الساقط لانه يصعب وضع الجفت فى المضيق العلوى ويبادر بالتفتيت ووضع الجفت لتخليص الام بسرعة اذا شاهد أن اليد الساقطة عديمة الحركة وان الفرج يخرج منه سائل مصفر ولم يدرك بالتسمع ضربات القلب لان ذلك يدل على موت الجنين . ثم ان سقوط اليد لا يمنع من فعل الجس المهبلى لان به يعرف ان كان الجزء الآتى مع اليد الكتف أو الرأس فاذا عرف أن الجزء الآتى هو الرأس كان ذلك خطرا على الجنين

لانه يبطئ الولادة الذاتية ويلجئ الى الاستعانة بالجفت اذا كان الحوض متسعا وأما اذا كان ضيقا فيموت الجنين لانه لا يمكن خروجه بالجفت الا بعد التفتيت

(واجبات الطبيب لدى المجيء بالقمة أو الوجه مع سقوط الذراعين معا) - يجب على المولد فعل التحويل اذا كان ممكنا ولم يمكن رد الاعضاء الساقطة لأن وضع الجفت على رأس منحصرة في المضيق العلوي مع ذراعين ساقطين خطر فلا يلتجأ لفعله الا اذا لم يمكن عمل التحويل وقد لا يمكن اخراج الجنين بالجفت الا بعد تفتيت الجمجمة

(واجبات الطبيب لدى المجيء بالقمة أو الوجه مع سقوط أحد القدمين) - ينبغي للمولد الاجتهاد في رد القدم الساقطة ودفعها أعلى المضيق العلوي واذا لم يمكن يفعل التحويل ولكن اذا انحصرت الرأس مع القدم وتعسر فعل التحويل أخرج الجنين بالجفت فاذا لم يفد فتتت الرأس وأخرجت الجثة . واذا وجد الطبيب بجانب الرأس القدمين أو قدما وذراعا بادر في الحال لفعل التحويل مع الاعتناء بتثبيت القدم الاكثر سقوطا برباط على هيئة عروة فاذا كانت الاعضاء المذكورة محصورة في التجويف وضع الجفت أولا واذا لم يثمر ثقبت الجمجمة وفتتت ثم أخرجت بالجفت

(سوء تركيب الرحم والمهبل والفرج وأمراض كل وواجبات الطبيب نحو ذلك) - سوء تركيب هذه الاعضاء قد يكون خلقيا وقد يكون مكتسبا . وقد شوهد أن امرأة وصلت لانتهاء مدة الحمل وعنق رحمها مسدود وأن الانسداد حصل بعد العلوق عقب التهاب رحمي تقرحي ففي الحالة المماثلة لهذه عند عدم حصول الولادة الذاتية يفعل الطبيب القطع الرحمي من المهبل ولاجل ذلك يدخل في قاع المهبل منظارا ذا أربع فلق ويشق جزء الرحم الملامس لطرف المنظار شقا مستعرضا طوله من أربعة الى خمسة سنتيمترات وفي هذا الشق يفعل شقين أحدهما الى الامام والآخر الى الخلف ثم يترك الطلق ونفسه أو يخرج الجنين في الحال بالجفت تبعا لحالة المرأة والقطع الرحمي المهبلي المذكور قليل الخطر انما يلزم قبل فعله الاجتهاد في تباعد شفتي عنق الرحم عن بعضهما بالضغط بالسبابة بينهما لان ذلك قد يكفي لزوال الالتصاق وحينئذ لا يحتاج لفعل الشق . وقد يكون العنق مفتوحا قليلا وحوافيه صلبة بنسيج ندبي فلا يتمدد بالمجهودات العادية للولادة ففي هذه الحالة يفعل بعض شقوق صغيرة بمشرط ذي زر منقاد على سبابة اليد اليسرى طول كل شق من واحد الى اثنين سنتيمتر في اتجاهات مختلفة سيما في الجانب والخلف وبذلك يمكن ادخال الجفت واخراج الجنين . وقد

شوهد

شوهد عند امرأة متعسرة الولادة وجود حاجز قاسم للرحم الى تجويفين من الاسفل وكانت هذه الحالة فى ثانى ولادة لهذه المرأة ووجدت رأس الجنين فى جهة وقدماه فى جهة أخرى والجذع فوق الحافة العليا من هذا الحاجز ففى شوهدت حالة مماثلة لذلك بواسطة الجس يضع الطبيب اليد اليسرى فى الرحم اذا كانت القطعة المكونة للورم على اليسار او اليد اليمنى اذا كانت على اليمين ومتى وصلت للحافة العليا للحاجز الرحمى جذبه بالاصابع ثم يدخل بواسطة اليد الاخرى مشرطا طويلا ذا زر به يشق الحاجز من أعلى الى أسفل و بعد ذلك تتم الولادة بالطبيعة أو باحدى الوسائط البسيطة كوضع الجفت أو التحويل . وقد يكون انقسام الرحم تاما أى مكونا لرحمين فاذن يكون أحدهما تارة محتويا على جنين والآخر فارغا كما فى شكل (١٠١) وفى هذه الحالة تكون الولادة أقل صعوبة وتارة يوجد فى كل تجويف رحمى جنين وحينئذ تكون الولادة صعبة جدا لانه يندر نزول أحدهما بعد الآخر ولو حصل كانت المرأة عرضة للنزيف بسبب عدم انقباض الجهتين معا . وقد يكون المهبل ضيقا خلقيا أو عارضيا بسبب أجسة ندبية عقب التهاب تقرحى فيصعب خروج الجنين فمتى تحقق الطبيب



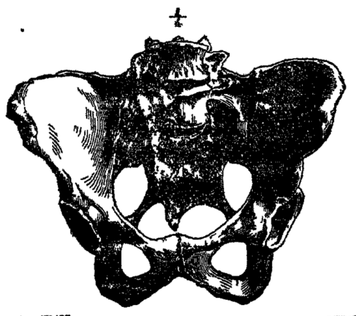
شكل (١٠١)

وجودها وجب عليه ازالتها من كلتا الجهتين بمشرط غير حاد الطرف . وقد يكون غشاء البكارة سليما وقت الولادة لعدم تمزقه وقت الجماع فيجب على الطبيب شقه من أعلى الى أسفل بمشرط ذى زر أو بمقص منحن على جنبه غير حاد الطرف معقم . وقد شوهد عدم تمدد الفرج واعاقته الولادة والواجب فى هذه الحالة فعل شقين جانبيين خلفيين فى المجمع الخلفى للفرج واذا لم يخرج الجنين بنفسه أخرج بالجفت اذا كان آتيا بالرأس وأخرج باليدين اذا كان آتيا بالمقعدة . وفى الحالتين يكون الجذب ببطء . وقد يوجد حاجز متوسط فاصل للرحم والمهبل الى جزأين أى رحم ومهبل يمينى ورحم ومهبل يسارى . وفى هذه الحالة يفعل التحويل لاخراج الاجنة * ثم ان الامراض التى تصيب الرحم والمهبل والفرج وتعوق الولادة الذاتية هى الأورام الليفية أو السرطانية أو البوليبوسية أو الاوزيما أو الانسكابات الدموية أو الاورام المبيضية . فاذا علم المولد أثناء الطلق أن عنق الرحم فيه ورم ليفى أو سرطانى

أو بوليبوسى عائق لتمدده انتظر برهة من الزمن فاذا لم يخرج الجنين بنفسه فعل شقين أو ثلاثة فى الجزء السليم من الفوهة الرحمية ثم أخرج الجنين إما بالتحويل أو بالجفت تبعاً للحالة فاذا لم ينجح ذلك أخرج الجنين بالشق البطنى . وفى حالة وجود أوزيما أو ورم دموى فى عنق الرحم يلزم تشريط هذا الجزء لزوالهما وبعد ذلك تحصل الولادة الذاتية وكذا يفعل التشريط اذا كان العائق للولادة أوزيما فى المهبل . وأما اذا كان العائق ورماً دموياً فى المهبل وتعسر معه استفراغ الدم الموجود فيه فيسرع الطبيب فى اخراج الجنين بالجفت أو بالتحويل قبل ازدياد حجم الورم ومنعه انتهاء الولادة . ثم ان أورام الفرج يندر أن تعوق خروج الجنين اعاقة شديدة ولكنها تستأصل متى كانت صلبة وتشق متى كانت سائلة تسهيلاً لخروجه وكذا يفعل الشق فى الورم الدموى للشفرين العظيمين فاذا تأخرت الرأس عن الخروج بعد ذلك أخرجت بالجفت * وأما أورام المبيض فانها ان لم تحدث الاجهاض تكون عائقة للولادة فى كثير من الاحوال فاذن ينبغى دفعها الى الحفرة الحرقفية أعلى المضيق العلوى اثناء الولادة فاذا لم يمكن دفعها فان كانت سائلة لزم بطها وان كانت صلبة لزم اخراج الجنين بالعملية القيصرية قبل اضمحلال المرأة * وقد تعاق الولادة بوجود اسكيروس المثانة وحصواتها الكبيرة . ففى حالة وجود الاسكيروس يخرج الجنين بالجفت اذا كان ميتا فاذا لم يفد ثقبت الجمجمة وفتتت ثم أخرجت بالجفت واذا كان الجنين حيا أخرج بالشق البطنى . وفى حالة وجود الحصاة المثانية يجتهد فى دفعها الى أعلى المضيق العلوى اذا سمحت الحالة بذلك فاذا لم يمكن بسبب انحصار جزء الجنين فى التجويف يجتهد فى جذب قعر المثانة مع الحصاة المحتوية عليها الى ما تحت القوس العانى فاذا لم تخرج الرأس مع هذا فعل شق فى المستقيم ثم فى الجدار الخلفى للمثانة ثم تستخرج الحصاة

﴿واجبات الطبيب لدى وجود ضيق فى الحوض﴾ - متى وجد ضيق فى جميع أقطار الحوض سمى هذا بالضيق المطلق ومتى وجد فى قطر أو قطرين من أقطاره سمى بالضيق النسبى فالضيق المطلق ينشأ عن وقوف فى نمو الحوض ويكون منتظم الشكل لكنه صغير كحوض من سنها عشر سنين الى اثنى عشر سنة وهذا النوع نادر المشاهدة لانه لم يوجد منه الا أربعة احواض وأقطار كل حوض منها تنقص عن الاقطار الطبيعية بنحو (٢) سنتيمتر ونصف كما فى شكل (١٠٢) ففى الحالة المماثلة لهذه يجب على الطبيب المبادرة لاخراج الجنين بالشق البطنى من ابتداء الطلق . ويعرف الضيق الحوضى بقياسه لانه لا يختص بقصيرة القامة بل شوهد عند

انظر شكل ١٠٢ فى صحيفة ١٦٥


شكل (١٠٢)

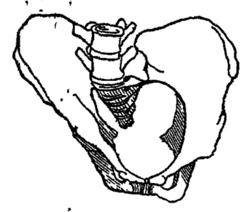
طويلاتها ومتوسطاتها فى أغلب الاحوال ولاجل معرفة ضيق الحوض بالقياس يلزم المولد تذكر الاقطار الطبيعية للضيق العلوى والسفلى وان الحوض الجيد التركيب يكون فيه سمك العجز فى محاذاة الزاوية العجزية نحو ستة سنتمتر ونصف وسمك الارتفاق العانى نحو سنتمتر ونصف والمسافة الموجودة بين قمة أول نتوشوكى للعجز والوجه المقدم للارتفاق العانى نحو ١٩ سنتمترا والمسافة التى بين العرفين الحرقفين من جهة الوسط من (٢٧) الى (٢٨) سنتمترا والمسافة الموجودة بين الشوكتين الحرقفيتين العلويتين المقدمتين (٢٤) سنتمترا . وأما الضيق النسبى فيوجد منه أربعة أنواع رئيسة وهى الضيق المقدم الخلفى والضيق المنحرف والضيق المستعرض والضيق فى جملة اتجاهات فى آن واحد وأكثرها مشاهدة هو الضيق المقدم الخلفى للضيق العلوى الذى يكون فيه بروز الزاوية العجزية الفقرية متزايدا كما فى شكل (١٠٣) وفى هذا النوع يكون المضيق السفلى

شكل (١٠٣)

وتجويف الحوض طبيعيين وقد يكونان واسعين ثم يلى هذا النوع فى الكثرة النوع الذى يكون فيه الحوض مفرطحا بانحراف كما فى أشكال ١٠٤ و ١٠٥ و ١٠٦ وأما النوعان الاخيران، وهما الضيق المستعرض والضيق فى جملة اتجاهات المشار لهما بشكلى ١٠٧ و ١٠٨ فهما نادران . وعلى العموم اذا ذكر حوض ضيق بدون تعيين نوعه يراد به حوض قطره العجزى العانى قصير . وقد نسب المولدون

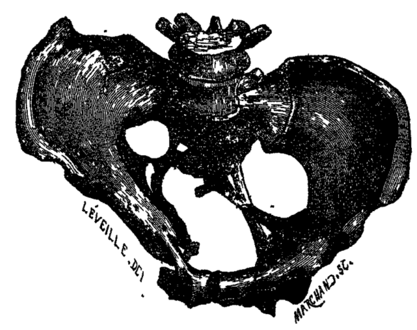

شكل (١٠٤)

انظر شكل ١٠٥ و ١٠٦ و ١٠٧ فى صحيفة ١٦٦ وشكل ١٠٨ فى صحيفة ١٦٧



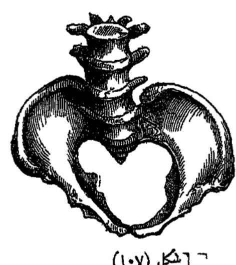
شكل (١٠٥)

زمناطو يلا الضيق الحوضى بانواعه للراشيتسم وذلك كان خطأ منهم لأن لين العظام المسمى استيوما لاسى الذى يصيب الشابات أثناء الحمل يكون سببا أيضا لحدوث عيوب فى تركيب الحوض كما انه يساعد على حصول ذلك الخلع الذاتى أو العارضى لرؤس عظام الفخذين أو كسر الفخذين مع قصرهما الحاصل كل منهما زمن الصغر . وكذلك وقوف نمو العظام فى جزء من أجزاء الحوض لا فى جميع محيطه يحدث ضيقا فى الحوض كما فى شكل (١٠٩) حرف (ا) و (ب) . ويوجد سبب آخر لضيق الحوض وهو خلع



شكل (١٠٦)

الفقرة الاخيرة القطنية من الفقرة الاولى العجزية الى الامام كما فى شكلى ١١٠ و ١١١ بحيث يصير البروز الناجم عن هذا الخلع مانعا للولادة وأحيانا تنخر فقرة أو جملة فقرات قطنية أو عجزية وتنمحى أجسامها كما فى مرض (بوت) حتى ينتج من ذلك أن فقرات القطن تبرز الى الامام فتغطى فتحة الحوض وتسدها كما فى شكل (١١٢) ولذا يلزم الطبيب اذا دعى الى من تعسرت ولادتها عدم السهو عن معرفة سوابق حملها

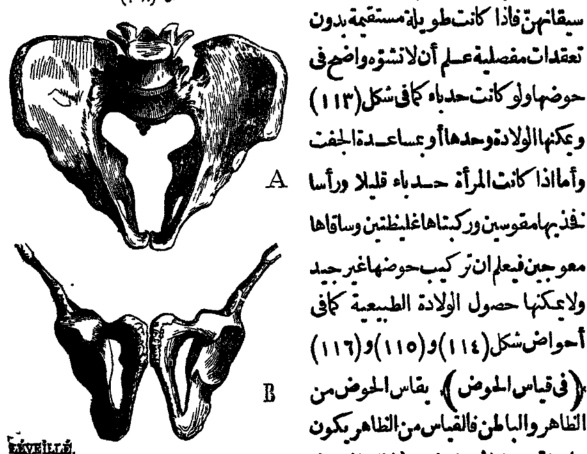


[شكل (١٠٧)

انظر شكل ١٠٩ فى صحيفة ١٦٧ وشكل ١١٠ و١١١ فى صحيفة ١٦٨ وشكل ١١٢ فى صحيفة ١٦٩ ووضعها


شكل (١٠٨)

ووضعها ثم يبحث قامتها ومشيتها وشكل أطرافها السفلى والتركيب الظاهر لحوضها ثم يقيسه ومن الخطا أن يعتقد أن جميع النساء الحدب يكون حوضهن ضيقا بل النساء اللاتى صرن حدباعقب الراشيتسم هن اللاتى يكن من هذا القبيل أى ضيقات الحوض وحينئذ تكون أطرافهن السفلى قصيرة معقدة ومقوسة فيمكن معرفة ذلك فى أغلب الاحوال بمجرد النظر الى سيقانهن فاذا كانت طويلة مستقيمة بدون تعقدات مفصلية علم أن لانشوه واضح فى حوضها ولو كانت حدباء كما فى شكل (١١٣) ويمكنها الولادة وحدها أو بمساعدة الجفت وأما اذا كانت المرأة حدباء قليلا ورأسا فخذيها مقوسين وركبتاها غليظتين وساقاها معوجين فيعلم ان تركيب حوضها غير جيد ولا يمكنها حصول الولادة الطبيعية كما فى أحواض شكل (١١٤) و (١١٥) و (١١٦)



شكل (١٠٩)

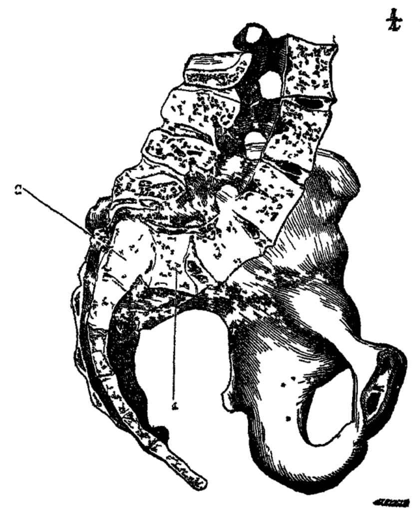
(فى قياس الحوض) يقاس الحوض من الظاهر والباطن فالقياس من الظاهر يكون بواسطة برجل المعلم (بودولوك) المشار له بشكل (١١٧) والقياس من الباطن يكون بواسطة الاصبع أو بآلة المعلم (استين) المشار لها بشكل (١١٨) أو ببرجل المعلم (فنويفيل) شكلى (١١٩) و (١٢٠) ولاجل استعمال برجل

انظر شكل ١١٣ فى صحيفة ١٦٩ وشكل ١١٤ فى صحيفة ١٧٠ وشكل ١١٥ و ١١٦ و ١١٧ فى صحيفة ١٧١ وشكل ١١٨ و ١١٩ فى صحيفة ١٧٢ وشكل ١٢٠ فى صحيفة ١٧٣

المعلم بودولوك فى القياس من الظاهر تضجع المرأة على جنبها وتغطى بقميصها فقط ثم يبحث المولد بالاصابع عن النتو الشوكى للفقرة الاولى العجزية فيضع عليه أحد أزرار البرجل ثم يبحث بعد ذلك عن قة الارتفاق العانى ويضع عليها الزر الآخر للآلة كما هو واضح فى شكل (١٢١) ثم ينظر الطبيب المسطرة المدرجة الضامة لفرعيه لمعرفته درجة تباعد الزرين عن بعضهما فالحوض المنتظم التركيب يبلغ قياسه بالكيفية المذكورة ١٩ سنتيمترا فاذا لم يبلغ الا (١٦) ونصفا يقال له حوض ضيق من الامام الى الخلف فى محاذاة مضيقه العلوى لانه متناقص بنحو سنتيمترين



شكل (١١٠)



شكل (١١١)

ونصف واذا كان الغرض قياس تباعد العرفين الحرقفيين أو تباعد المدورين اللذين يبلغ قياس كل منهما فى الحالة الطبيعية فى الحوض الجيد (٢٧) سنتيمترا تضجع المرأة على ظهرها ثم يضع المولد زرى البرجل على النقط المقابلة المراد معرفة تباعدها ويقابل بعد ذلك لارقام المتحصلة من هذا التباعد بالارقام الطبيعية للحوض . ولاجل استعمال آلة المعلم (استين)

انظر شكل ١٢١ فى صحيفة ١٧٣

شكل

شكل (١١٨) فى القياس من الباطن توضع المرأة على حافة سريرها كما توضع لاجل وضع المنظار ثم يدخل الطبيب سبابة يده اليسرى فى المهبل الى أن يصل طرفه الزاوية العجزية الفقرية ثم يزلق عليها باليد اليمنى طرف ساق الآلة الى أن يصل الى قمة



شكل (١١٢)

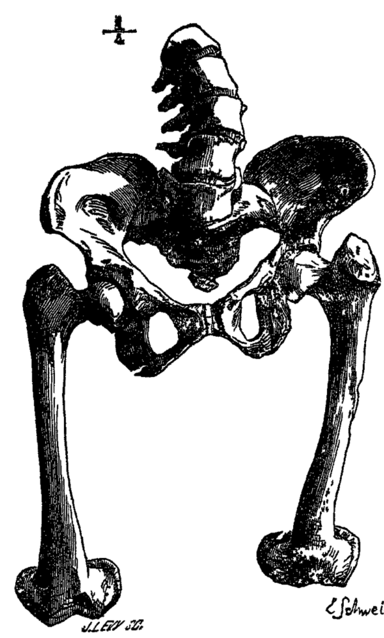
هذه الزاوية وبعد ذلك يوجه جسم الساق نحو الارتفاق العانى بقدر الامكان ثم يوقف جراى الآلة فى محاذاة هذا الارتفاق ثم ينظر عدد الارقام من السنتيمترات للجزء الداخل فيطرح منها سنتيمترا ونصفا فى مقابلة ميل الآلة من أعلى الى أسفل فيتحصل حينئذ على قياس القطر العجزى العانى بالضبط . واذا أريد معرفة مقاس القطر العصعصى العانى يوضع طرف



شكل (١١٣)

الآلة على العصعص ويوقف الجراى فى محاذاة قمة القوس العانى ثم ينظر عدد الارقام من السنتيمترات للجزء الداخل فيكون هو قياس القطر المذكور وهنا لا يطرح شئ حيث لا يوجد ميل فى وضع الآلة وأما مقاس الحوض من الباطن ببرجل المعلم (فنو يقيل) فيكون كالقياس ببرجل المعلم استين انما يوجد فى برجل المعلم فنو يقيل ساق آخر يتحرك ويقف بالارادة على الساق المهبلى بواسطة جراى وهذا الساق موشح طرفه العلوى برمة طويلة منتهية بزر يوضع بضغط قليل على نقطة جبل الزهرة المقابلة للطرف العلوى للارتفاق العانى

انظر شكل ١١٨ فى صحيفة ١٧٢



شكل (١١٤)

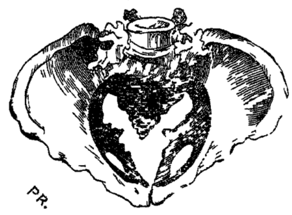
وهذه هى النقطة الثانية للبرجل لان النقطة الاولى هى قمة الزاوية العجزية الفقرية الموضوع عليها طرف الساق المهبلى ثم يرفع البرجل بفك البرمة وبعد اخراجه ترد البرمة الى محلها الاصلى ثم يقيس المولد المسافة الكائنة بين قمة الفرع المهبلى وبرمة الفرع الظاهر بالسنتيمتر ويطرح منها سنتيمترا ونصفا قيمة سمك الارتفاق العانى فالباقى يكون طول القطر العجزى العانى بالضبط .

وعند عدم وجود آلة المعلم استين أو برجل المعلم (فنو يقيل) يمكن استعمال قساطير النساء لمعرفة مقاس هذه الاقطار فيوضع طرف المجس المذكور غيرا لحاد على الزاوية العجزية الفقرية أو على العصعص ثم يوضع على الساق ظفر الابهام على هيئة جراى فى النقطة المقابلة لقمة القوس العانى ثم يخرج محفوظا بهذه الكيفية ويوضع على متر لأجل أن يعرف مقدار القطر المقدم الخلفى لمضيق الحوض بالسنتيمترات المرقومة على المتر ويلزم دائما طرح سنتيمتر ونصف من الارقام المذكورة فى مقابلة ميل الآلة كما سبق . ومن السهل أيضا استعمال السبابة فى هذا القياس لانها أسهل من جميع آلات الاقيسة الحوضية الباطنية ولاضرر فى عدم وصول هذا الاصبع الى الزاوية العجزية الفقرية لانه متى كان طوله اعتياديا ولم تصل أنملته الى أعلى العجز علم أن القطر العجزى العانى لاينقص عن ثمانية سنتيمتر ونصف والدن تنتهى الولادة بطريقة جيدة بالطبيعة أو بالجفت . ولاستعمال

الاصبع



شكل (١١٥)



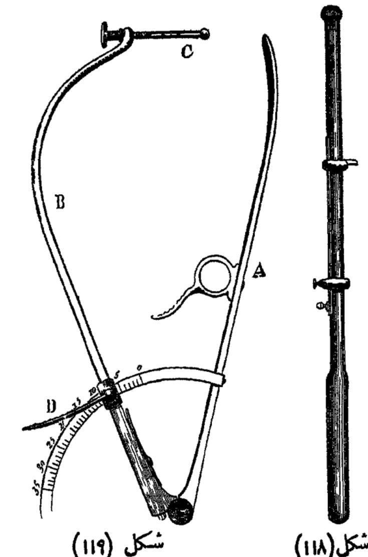
شكل (١١٦)

شكل (١١٧)

الاصبع فى مقاس الاقطار الحوضية الباطنة
يضع المولد سبابة اليد اليمنى فى المهبل
ويوجهها الى أعلى والخلف نحو الزاوية
العجزية التى تعرف بسهولة بواسطة البروز
المتكون منها و بالانخفاض المستعرض
الناشئ من المفصل العجزى القطنى الموجود
أعلاها فمتى صار طرف السبابة موضوعا
جيدا على الجزء المقدم من قاعدة العجز يرفع
معصم اليد الى أن تعاق الحافة الكعبرية
للاصبع بالجزء السفلى من ارتفاق العانة
فيضع حينئذ طرف سبابة اليد اليسرى على
سبابة اليد اليمنى الموجودة أسفل الارتفاق
العانى كما هو مشار له بشكل (١٢٢) ويضغط
بظفره ليحدث فيه علامة (حزا) مع
الاحتراس بابعاد الشفرين العظيمين
والصغيرين الى أعلى ثم بعد ذلك يسحب
المولد الاصبع الاول ويضعه على المتر
ليعرف مقدار الارقام التى بها يعرف
طول المسافة التى تفصل الزاوية العجزية
من قمة القوس العانى بعد طرح سنتيمتر
ونصف لان الخط بسبب ميله يكون طويلا
عن القطر العجزى العانى الذى يمتد الى أعلى
الارتفاق لا الى أسفله فاذا وجد مانع لا يطرح شئ وقد يطرح
زيادة عن سنتيمتر ونصف اذا كان الارتفاق العانى عموديا. ولاجل
قياس القطر العصعصى العانى بالاصبع توضع أنملة سبابة اليد
اليسرى على قمة العصعص ثم يرفع المعصم الى أن تعاق الحافة
الكعبرية لهذا الاصبع بالجزء السفلى من ارتفاق العانة ثم

انظر شكل ١٢٢ فى صحيفة ١٧٣

تعلم هذه النقطة بطرف سبابة اليد اليمنى كما هو مشار له بشكل (١٢٣) ثم يخرج أصبع اليد اليسرى ويوضع على متر ليعرف أرقام امتداد القطر المقدم الخلفى للمضيق السفلى بغاية الضبط ولا يطرح هنا شئ من الرقم المتحصل لانه لا يوجد ميل فى اتجاه الاصبع لكن فى كثير من الاحوال يلتجأ الى استعمال آلة المعلم (استين) أو المعلم (فنو يفيل) المذكورتين لقياس الاقطار المستعرضة أو المنحرفة للمضيق العلوى اذ بدونهما لا يصل المولد الى معرفة قياس مضبوط فاذا أريد معرفة



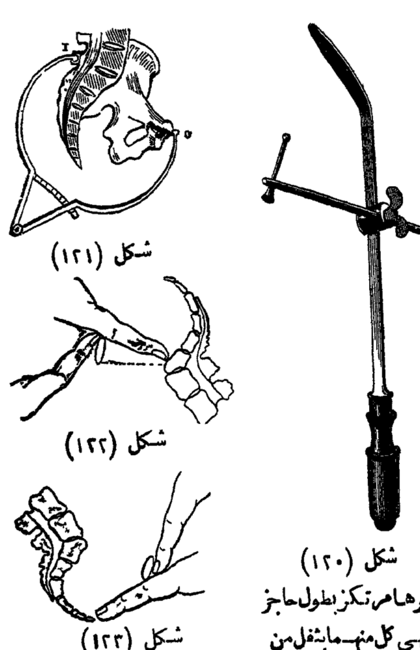
شكل (١١٨) شكل (١١٩)

القطر المستعرض مثلا بواسطتهما يوضع ملوق الفرع المهبلى بعد ادخاله فى المهبل على الحافة اليمنى للمضيق العلوى ثم يوصل زر برمة الفرع الآخر الخارجى بالمدور العظيم للجهة الاخرى أعنى المدور الايسر ثم تقرأ ارقام المتحصل وتكتب ثم بعد ذلك ينقل الملوق المهبلى ويوضع على الحافة اليسرى للمضيق المذكور مع ترك زر البرمة على مدور الجهة نفسها ثم ينظر مقدار الارقام وتطرح أرقام القياس الاخير من الاول فالباقى هو طول القطر المستعرض للمضيق العلوى. ولاجل قياس الاقطار المنحرفة تستعمل هذه العملية نفسها انما يوضع زر البرمة على الارتفاع الحرقفى العانى والملوق المهبلى على الجزء المقدم من الارتفاق العجزى للجهة الاخرى وتؤخذ الارقام ثم يوضع الملوق المهبلى على نقطة المضيق العلوى المقابلة للارتفاع الحرقفى العانى الموضوع عليه زر البرمة من الخارج وتؤخذ أرقام قياسه ثم تطرح أرقام القياس الاخير من أرقام القياس الاول وما بقى فهو اتساع القطر المنحرف. والسبابة كافية لقياس

انظر شكل ١٢٣ فى صحيفة ١٧٣

أقطار

أقطار المضيق السفلى بل تفضل فيه عن الآلات السابقة لسهولة العمل . وعلى كل لا يلزم الاقتصار على قياس الحوض من الظاهر بل يلزم أخذ قياس الاقطار المنحرفة اليمنى واليسرى للحوض الكبير باحدى الآلات المتقدمة ثم مقابلتها ببعضها . ويمكن التحقق من عيب تركيب الحوض



شكل (١٢٠)

شكل (١٢١)

شكل (١٢٢)

شكل (١٢٣)

بوضع المرأة واقفة وظهرها مرتكز بطول حاجز ثابت ثم يمسك خيطان ينتهى كل منهما بثقل من الرصاص و يوضع الطرف السائب لاحد الخيطين على النتوء الشوكى العجزى للفقرة الاولى والآخر على الحافة السفلى للارتفاق العانى بحيث يكون وضعهما وتثبيتهما بواسطة مساعد يقف بجانب المرأة و يقف المولد أمامها ببعيد اعنها بقليل و ينظر هذين الخيطين هل هما موجودان متوازيين احدهما امام الآخر على السطح المقدم الخلفى أولا فان لم يكونا كذلك علم ان هذا الحوض منحرف بيضاوى ومن درجة انحراف الخيط المقدم يمكن أن يحكم بالضبط على امتداد عيب التركيب لان هذا الخيط يذهب دائما نحو الجهة المقابلة للارتفاق العجزى الحرقفى الملتصق . وفى الاحوال الزائدة فى الانحراف يكون الخيط المقدم موازيا للسطح العمودى للارتفاق العجزى الحرقفى غير الملتصق . ثم ان المعلم (تارنيير) ذكر طريقة لقياس أقطار المضيق السفلى أسسها على ان القطر المنحرف له يزيد عن القطر

الوركى المزدوج لهذا المضيق بخمسة ملليمترات وهى أن يضغط الطبيب بابهامى يديه الاجزاء الرخوة لحدبتين الوركيتين من الخلف حالما تكون المرأة مستلقية على ظهرها منثنية الفخذين ويكون الضغط بقوة حتى يصل الى العظم فيضغط على الجلد بظفريه فى محاذاة العظم المذكور فتظهر علامة فى الجلد ثم توضع مسطرة بين هاتين العلامتين لمعرفة المسافة الموجودة بينهما ثم يطرح من أرقامها ١١ ملليمترا فى مقابلة الانسجة الرخوة الموجودة فوق العظام والباقى هو القطر المستعرض أو الوركى المزدوج فاذا اضيف اليه خمسة ملليمترات كان الناتج هو طول القطر المنحرف للمضيق السفلى . وهناك طريقة أخرى لعمل القياس المقابل لجهتى الحوض وهى أن يقاس من الشوكة الفقرية القطنية الخامسة الى الشوكة الحرقفية العليا الخلفية ويحفظ ما وجد ثم يقاس من هذه الشوكة الفقرية القطنية أيضا الى الشوكة الحرقفية العليا المقدمة ويحفظ ما تحصل ثم يقابل المثلثان ببعضهما وكذا يفعل فى الجهة الثانية ثم يقاس من الشوكة الحرقفية العليا الاحدى الجهتين الى الشوكة الحرقفية المقدمة العليا للجهة الاخرى ثم من الحدبة الوركية لاحدى الجهات الى الشوكة الحرقفية المقدمة العليا للجهة الاخرى ثم تفعل هذه القياسات أيضا فى الجهة الاخرى من الحوض ثم تقابل قياسات الجهتين ببعضهما وبذلك يعرف ان كانت جهتا الحوض متوازيتين أولا

(فى انذار الضيق الحوضى) — متى وجد ضيق عظيم فى حوض الحامل كان خطرا عليها وعلى الجنين اذا تمت مدة الحمل ومع ذلك يختلف الانذار بحسب مجلس الضيق ودرجته فاذا كان مجلس الضيق المضيق العلوى وكان شاغلا للقطر العجزى العانى كان كثير الخطر . والتفرطحات الحوضية المنحرفة والمستعرضة قليلة الخطر اذا كانت بسيطة . وأما ضيق المضيق السفلى فلا أهمية له لانه لا يعوق جزء الجنين الآتى فيه ولا يعوق أعمال الطبيب اذا التجأ للعمل بخلاف ما اذا كان جزء الجنين الآتى واقفا فى المضيق العلوى فيكون التوسط صعبا لانه يحصل لدى المرأة تعب لطول القناة التناسلية وانحنائها اثناء ادخال الآلة فيها وأما الانذار بالنسبة لدرجة الضيق فيكون خطرا على الجنين وأمه كلما كان الضيق عظيما لانه يتعذر الخروج الذاتى للجنين حينئذ

(واجبات الطبيب لدى ضيق الحوض) — قد تحصل الولادة الذاتية اذا كان القطر الضيق للحوض لا ينقص عن تسعة سنتيمترات ونصف وكان المجىء بالقمة وأما اذا كان المجىء

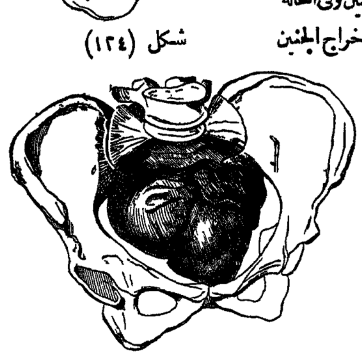
لقدمين

بالقدمين فيكون خطرا على الجنين لضغط الحبل السرى وانبساط الرأس لان حصول كل من هاتين الحالتين لابد منه تقريبا . فاذا وقفت الرأس فى المضيق العلوى وجب على المولد أن ينتظر رغما عن تمدد عنق الرحم نحو خمس ساعات أو ست مادامت الانقباضات الرحمية وصحة المرأة والجنين جيدة قبل الاقدام على اخراجه بالجفت وفيما عدا ذلك يبادر بالاخراج بالجفت متى سمحت بذلك فتحة عنق الرحم وكذا يبادر باخراجه بالجفت اذا كان المجىء بالوجه وكانت الذقن الى الامام أما اذا كانت الى الخلف فيجتهد أولا فى ثنى الرأس أو فى تحويل المجىء بالوجه الى المجىء بالقمة فاذا لم يتم أخرج بالجفت . وأما اذا كان طول المضيق السفلى نحو تسعة سنتيمترات ونصف وعاق الرأس فلا ينبغى الانتظار أكثر من ساعة فاذا لم تمر الرأس أخرجت بالجفت اذ مكثها فى التجويف زمنا طويلا ينشأ عنه غنغرينا الشفة المقدمة للعنق أو لقاع المثانة بسبب ضغط الرأس عليها . ومتى كان قطر الحوض لا يزيد عن ثمانية سنتيمترات فلا يمكن حصول الولادة الذاتية مالم تكن رأس الجنين صغيرة جدا والانقباضات الرحمية قوية مستمرة وفى هذه الحالة لا يجب على الطبيب الانتظار أكثر من ساعتين اذا كانت الرأس فى المضيق العلوى بل يجب اخراجها بالجفت متى سمحت فتحة عنق الرحم بذلك . واذا كانت الرأس أسفل التجويف الحوضى لا ينتظر أكثر من ساعة فان لم يخرج الجنين اخرج بالجفت . وقد لا ينجح المولد فى أول وضع للجفت اذا كانت الرأس واقفة فى المضيق العلوى فيضطر لوضع ثان بل وثالث لكن يلزم أن يتخلل بين كل وضعين نحو ساعتين لراحة المرأة فاذا لم يفد الوضع الثالث أسرع فى ثقب الجمجمة ثم تخرج بالجفت وان لم تمر الرأس فتتت ثم اخرجت بالجفت والافضل متى كان الجنين حيا ان يبادر لاخراجه بالشق البطنى . وفى حالة ما اذا كان قطر الحوض أقل من ثمانية سنتيمترات وأكثر من ستة ونصف يلزم المولد أن يسرع بثقب الجمجمة وتفتيتها ثم اخراجها بالجفت والافضل الاخراج بالشق البطنى اذا كان الجنين حيا أيضا . واذا كان القطر أقل من ستة سنتيمترات ونصف وكان الجنين ميتا فلا وسيلة هنا الا ثقب الجمجمة وتفتيتها ثم اخراجها بالجفت واذا كان الجنين حيا أخرج بالشق البطنى . فاذا كان الحوض الضيق منحرفا بيضاويا فيلزم قبل العمل البحث فى الحوض عن الجهة المتجه اليها المؤخر فان كان متجها للجهة المتسعة من الحوض أمكن ترك الطلق الى الطبيعة وأما اذا كان المؤخر متجها نحو الجهة الضيقة من الحوض فنلزم المبادرة فى عمل التحويل القدمى الذى به يجذب الجزء الاكثر غلظا من الرأس ويوجهه الى النصف الكثير الاتساع من

المضيق العلوى ومن التجويف فينشأ عن ذلك سهولة الولادة ولكن قد لا ينجح هذا العمل فالاحسن اخراج الجنين بالشق البطنى من أول الامر . واذا كان ضيق الحوض ناجا عن لين العظام ولم يزل هذا اللين موجودا يتعسّر فى خلاص المرأة خلاصا جيدا بواسطة انقباضات وحدها أو المساعدة بالجفت فقط لانه الرحم شوهدت أحواض قطرها نحو خمسة سنتيمترات و بسبب لين العظام سمحت بالولادة الذاتية . ومتى كان الضيق فى المضيق العلوى وحده كان ابتداء الطلق سريعا وانتهاؤه بطيأ * وقد توجد أورام عظمية فى السمحاق العظمى أو فى نفس النسيج العظمى وبارزة فى الوجه الباطن للحوض كما هو مشار له بشكل (١٢٤) وشكل (١٢٥) فتعوق مرور الجنين وفى الحالة المماثلة لهذه ينبغى المبادرة لاخراج الجنين بالشق البطنى متى كان حيا

شكل (١٢٤)

(القسم الثانى من الولادة المعيبة حدوث عوارض تجعل الام أو الجنين فى خطر) - من الولادة المعيبة سرعة سقوط الجنين أو زيادة قوة الانقباض الرحمى أو الورم الدموى للفرج أو الاندغام المعيب للمشيمة والنزيف الناجم عن الانفصال المعجل لها أو سقوط الحبل السرى أو تمزق العجان أو الاكلمبسيا * فالاول أى سرعة سقوط الجنين ينجم عن الاتساع غير العادى للحوض فيتمزق عنق الرحم أو المهبل أو العجان أو يحصل سقوط كلى للرحم ينشأ عنه جذبات مهيئة لالتهابات بريتونية وخراجات تابعية وقد ينجم أيضا عن السقوط المذكور الانفصال المعجل للمشيمة ثم النزيف واذن يكون كل من المرأة والجنين



شكل (١٢٥)

معرضا

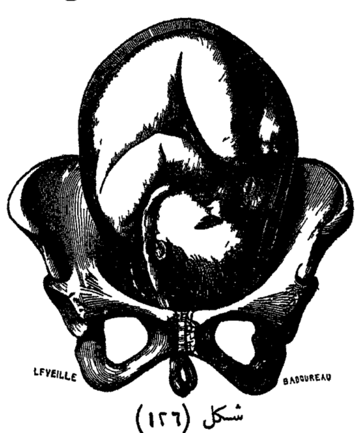
معرضا للخطر فاذا أدرك المولد أثناء الطلق اتساع الحوض أمر المرأة بالاستلقاء على ظهرها أو جنبها فى الحال و بعدم فعلها أدنى مجهود فاذا وصل الرحم الى أرضية العجان لزم تثبيته هناك الى أن يتم تمدد عنقه ثم يترك ليخرج منه الجنين وفى أثناء خروجه تلزم المحافظة على العجان من التمزق ما أمكن * والثانى أى زيادة قوة الانقباض الرحمى ينجم عنه سرعة خروج الجنين فيحصل للمرأة حينئذ تمزق عنق الرحم أو المهبل أو العجان أو جسم الرحم أو اغماء أو اضطرابات عصبية مميتة أو يحصل للجنين الاسفكسيا بسبب خروج مياه الامنيوس بغتة أو ضغط الحبل السرى أو انقطاع الدورة الرحمية المشيمية مبكرا . وهذا الانقباض يشاهد غالبا عند النساء اللاتى يعتريهن مغص رحمى شديد زمن الحيض وعند ذوات المزاج العصبى القابلات للتهيج فاذا علم المولد قبل الوضع زيادة قوة الانقباضات الرحمية وكانت المرأة ذات امتلاء دموى بادر بفصدها من ذراعها واعطائها قليلا من الافيون فى جرعة أو حقنة ومتى ظهرت الآلام المحضرة أمرها بحفظ الوضع الافقى على سريرها و بعدم مساعدتها الطلق ما أمكن و يجتهد فى تأخير تمزيق جيب المياه بقدر الامكان فاذا لم يمكن المرأة الامتناع من الطلق استعمل لها استنشاق الكلوروفورم مع المحافظة على العجان زمن خروج الجنين من الفرج فاذا رأى المولد أن العجان مشرف على التمزق وجب فعل الشقوق الجانبية الخاصة للفرج * والثالث أى الورم الدموى للفرج لا يعوق الولادة متى ظهر زمن مرور الرأس من المضيق السفلى لكنه يكون خطرا على المرأة اذا عظم حتى بلغ حجم رأس جنين فقد شوهد أنه فى كل اثنتين وستين امرأة مصابة بالورم المذكور يموت اثنتان وعشرون ولكن خفت وطأة هذا العارض الآن بسبب استعمال المعقمات عقب شقه وقبله وصار لا يموت الا خمسة فى المائة و يفعل هذا الشق فى الجزء المنحدر من الورم و يخرج الجنين بالجفت ثم تفعل الزروقات المعقمة الحارة ثم السد المهبلى بالغاز اليودوفورمى . فاذا حصل التهاب يستعمل مضاداته * والرابع أى الاندغام المعيب للمشيمة يشاهد لدى متكررات الحمل أكثر من بكرياته وقد يكون هذا الاندغام فى الجزء الدائرى للرحم مع كون جزء المشيمة المقابل للفتحة الباطنية لعنقه سائبا وهذا النوع هو الاكثر مشاهدة كما فى شكل (٢٥) المتقدم . وقد تندغم المشيمة بدائرتها و بمركزها أعلى الفتحة الباطنية لعنق الرحم فتسدها وهذا النوع نادر جدا . وعلى العموم ينجم عن الاندغام المعيب للمشيمة عدم نمو جسم الجنين ولذا يموت قبل تمام مدة الحمل غالبا وكثيرا ما يصحب ذلك اندغام معيب للحبل السرى وهشاشة فيه

فيكون عرضة للتمزق والانزفة . و ينجم عن الاندغام المعيب للمشيمة أيضا تنبيه الرحم فينقبض فيقذف متحصل العلوق و يكون انفصال المشيمة غير منتظم فينشأ عنه نزيف مميت لاستمراره لان الجزء السفلى للرحم رقيق الجدر ضعيف الانقباضات التى لا قوة لها على ايقاف النزيف . و ينجم عن هذا الاندغام أيضا التمزق المبكر لأغشية الامنيوس قبل المخاض فيهيئ الأم لحصول التسمم النفاسى خصوصا اذا كان الجنين ميتا وكذا ينجم عنه عدم تكيف الجنين فتحصل المجيآت المعيبة كالمجىء بالكتف أو المقعدة . و يعرف الاندغام المعيب بالتمزق المبكر لأغشية الامنيوس و بالنزيف اللذين يحصلان قبل ظواهر الطلق فقد شوهد أن تمزق الاغشية الامنيوسية قبل المخاض حصل (١٤٧) مرة فى (١٩٧) مرة من اندغام المشيمة فى الجزء السفلى للرحم . والنزيف الناجم عن هذا الاندغام يحصل مدة الحمل أو مدة الولادة أو اثناء انفصال الخلاص فالنزيف الذى يحصل مدة الحمل يشاهد فى الشهر الثامن وفى ابتداء التاسع فتفاجأ المرأة به ثم يقف و يعود وهكذا . والذى يحصل مدة الولادة كثيرا ما يكون غزيرا خطرا والذى يحصل مدة انفصال الخلاص يكون أشد خطرا وسماه بعضهم بالنزيف الشللى لانه ناجم عن ضعف انقباضات جسم الرحم وعدم وجودها فى الجزء السفلى منه كما تقدم وقد يكون هذا النزيف ناجما عن التصاق المشيمة التصاقا زائدا عن المعتاد فيمنع تمام انفصال جزئها السفلى فلا يرجع الرحم لحالته الاصلية لضعفه . و يمكن معرفة الاندغام المعيب للمشيمة بالجس المهبلى قبل ظهور علاماته فبالاصبع يدرك الطبيب نبضات منتظمة فى الجزء العلوى المهبلى تسمى النبض المهبلى فاذا ضغط باليد الاخرى على جدر البطن وخفض بها الرحم خصوصا فى الاشهر الاخيرة للحمل أدرك بواسطة الاصبع أن جزء الرحم السفلى أكثر سمكا عن المعتاد . وحصول الانزفة الرحمية وتكرارها بدون أن تسبق بظواهر الطلق من العلامات المهمة الدالة على الاندغام المعيب للمشيمة خصوصا عند عدم وجود دوالى أو سرطان رحمين . و يتميز نزيف الاندغام المعيب للمشيمة عن نزيف الحمل الرخو (الكاذب) النادر الحصول بكون دمه أقل احمرارا وأكثر مصلا و يخرج معه غالبا حويصلات مع الاغشية المريضة واذا بحث الرحم وجد رخوا غير محتو على أجزاء صلبة مشبهة للجنين . وأما فى حالة النزيف الناجم عن الاندغام المعيب فتدرك المشيمة بالاصبع فى عنق الرحم و يكون الرحم شاملا لجنين حقيقى . وقد تقذف المشيمة قبل الجنين وتتم الولادة بالقوى الطبيعية الا أنها تساعد فى أغلب الاحوال بواسطة الطبيب خصوصا

فى الوضع

فى الوضع المعيب للمجيء وفى بطء الطلق أو النزيف الغزير . وقد تخرج المشيمة بنفسها مصحوبة بنزيف غزير ينجم عنه أنيميا تصير المرأة فى خطر . وقد يحصل للمرأة التعفن النفاسي بسبب عدم جودة التعقيم للرحم أو المهبل وتعفن الجلط الدموية فى الرحم * وعلى الطبيب فى حالة الاندغام المعيب للمشيمة أن يأمر المرأة بالراحة التامة فاذا حصل تمزق مبكر للاغشية وكان الجنين حيا والفتحة الرحمية تامة التمدد لزم اخراجه ثم فعل الزروقات المعقمة للمهبل أو الفرج ثم توضع كرة من الغاز اليودوفورمى فى الفوهة الفرجية . واذا حصل نزيف بدون تمزق فى الاغشية وكان هذا أول نزيف تؤمر المرأة أيضا بالراحة التامة على ظهرها مع رفع المقعدة ثم تفعل زروقات مهبلية معقمة حرارتها خمسة وأربعون درجة وذلك كاف لوقوف النزيف ويجتنب السد المهبلى لان مواده تخفى النزيف بسبب تشربها الدم أما اذا كان النزيف غزيرا وشاهد الطبيب بهاتة وجه المرأة وضعف النبض فيلزمه فى الحال فعل الزروقات المهبلية المذكورة فاذا لم تكف لزم تمزيق الاغشية تمزيقا متسعا باصبع أو أصبعين ثم تعاد الزروقات وينتظر فاذا حصل الطلق فبها وان لم يحصل ووقف النزيف فلا بأس من الانتظار برهة أيضا لانه اذا كان المجيء بالقمة ربما توافقت مع الفوهة الرحمية المتمددة فتسدها فيقف النزيف . أما اذا صارت المرأة أنيماوية جدا وكان المجيء بالوجه أو المقعدة وخصوصا بالجذع فيلزم خلاصها بسرعة اذ ليس لكل من هذه المجيئات شكل مستدير منتظم به تسد فتحة الرحم المتمددة سدا محكما حتى يقف النزيف ولاجل سرعة خلاصها توضع فرزجة المعلم (تارنيير) لانها تسد الرحم وتحرض الطلق . وأما اذا حصل النزيف مدة الطلق فيجتهد فى تحسين المجيء اذا كان معيبا ويسمح بذلك الوقت والا مزقت الاغشية تمزقا متسعا كما تقدم ثم ينتظر القذف الطبيعي اذا لم يكن هنالك داع لسرعة اخراج الجنين . والاسراع فى اخراجه يكون إما بالتحويل الداخلى الذى لا يستغرق عمله أكثر من خمس دقائق أو بالجفت الذى يستغرق وضعه فى المضيق العلوى ربع ساعة وكلاهما لا يفعل الا بعد تمام تمدد عنق الرحم تمددا تاما أو صناعيا اذا لزم ذلك . وأما اذا حصل النزيف مدة انفصال الخلاص فيلزم الاسراع بادخال اليد فى الرحم وتتميم انفصال الخلاص بها واخراجه ثم يغسل باطن الرحم بالماء المعقم بغليه نحو نصف ساعة وحده أو مضافا اليه جزء من ملح الطعام وبعد ذلك تعقم أعضاء المرأة جيدا بالسوائل الدوائية المعقمة ثم تسد الفوهة الفرجية بجزء من الغاز اليودوفورمى * الخامس أى سقوط الحبل السرى عبارة عن خروج عروة من الحبل قبل

الجزء الآتى به الجنين وهو أكثر حصولا من سقوط الاطراف لانه يحصل مرة فى ست وخمسين ولادة . والاسباب المهيئة لحصوله هى غزارة المياه الامنيوسى واتساع الحوض مع صغر الجنين أوضيق الحوض بحيث لا يمكن انحشار الجنين أوطول الحبل السرى زيادة عن المعتاد أو الاندغام المعيب له أو لاندغام المعيب للشيمة أو المجىء بالمقعدة عندما يكون الحبل بين ساقى الجنين أو المجىء المنحرف القمى أو المجىء بالوجه أو بالجذع . ثم ان هذا السقوط يعرف قبل تمزق الاغشية و بعده فيعرف قبل التمزق بالجس المهبلى فيدرك الطبيب بالاصبع ان شكل جيب المياه منبارى وداخله جسم مستدير سابح متحرك رخو ذو نبضات أكثر عددا من نبضات الام اذا كان الجنين حيا لكنها قد تلتبس بالنبضات المهبلية الناجمة عن الاندغام المعيب للشيمة فيلزم التنبه لذلك و يعرف سقوط الحبل بعد التمزق بالاصبع أيضا اذا لم يخرج من المهبل أو بالنظر اذا خرج منه كما فى شكل (١٢٦) وفى حالة عدم خروجه يدرك الاصبع حبلا منتفخا ذا نبضات اذا كان الجنين حيا أو رخوا عديم النبض اذا كان ميتا وقد يكون الجنين ميتا مع وجود نبض الحبل لرجوع الدم اليه بسبب الانقباضات الرحمية فمتى تحقق المولد سقوط الحبل لزمه البحث عما اذا كان معه أطراف ساقطة أو أجزاء أخرى كالامعاء الدقاق مثلا أولا لانه قد شوهد بروز

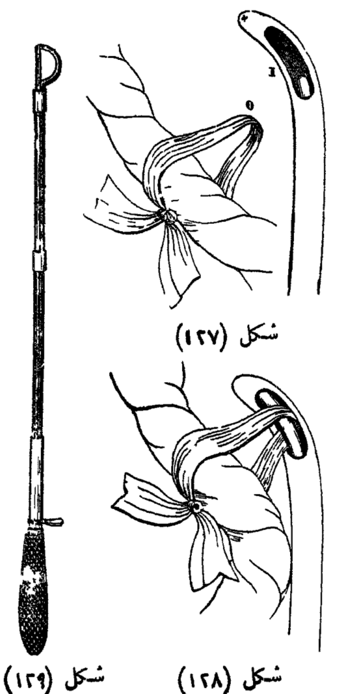


شكل (١٢٦)

الامعاء فى المهبل عقب تمزق رحمى حصل أثناء الولادة . ثم ان سقوط الحبل خطر على الجنين كثيرا لانه اذا انضغط الحبل يموت جنينان من ثلاثة أو أربعة و يكون هذا الضغط محتما اذا كان الحبل فى الجهة المقدمة أو الخلفية للجنين أما اذا كان فى الجهة الجانبية وكان موازيا للارتفاق الحرقفى العجزى اليسارى فقد لا ينضغط . ويجب على الطبيب فى حالة سقوط الحبل أن يأمر المرأة بالاستلقاء على ظهرها مرتفعة المقعدة مع الراحة التامة اذا كان تمدد

عنق

عنق الرحم غير تام وجيب المياه غير متمزق لتجنب عرقه مبكرا والانتظار الى أن يتم تمدد فتحة عنق الرحم فتى تم التمدد وضع المرأة على السرير بالعرض ومزق الاغشية وردّ الحبل الى أعلى المضيق العلوى وحفظه هنالك الى أن يحصل انحشار الجزء الآتى من الجنين لكن اذا كان مجىء الجنين بالكتف لزم بعد ردّ الحبل عمل التحويل فى الحال واذا كان المجىء بالقمة أو بالوجه لزم البحث عن نبض شرايين الحبل السرى وفعل التسمع الخشلى للأم لمعرفة حياة الجنين من عدمها فاذا كان ميتا تركت الولادة وشأنها وان كان حيا والفتحة الرحمية تامة التمدد وسمح الوقت بعمل التحويل فعل فى الحال لانه اذن هو المفضل فاذا مضى زمن التحويل أخرج الجنين بالجفت مع الاحتراس من أخذ الحبل فى احدى ملاعقه . وأيضا اذا حصل التمزق الذاتى فى جيب المياه وكان تمدد عنق الرحم غير تام يجتهد الطبيب فى رد الحبل الساقط داخل الرحم وحفظه أعلى المضيق العلوى حتى يتم التمدد فتخرج رأس الجنين بنفسها أو يخرجها الطبيب بالجفت أو يخرج نفس الجنين بالتحويل . وبالجملة متى كانت الرأس أعلى المضيق العلوى وكانت متحركة فلابد من رد الحبل السرى بواسطة مجس شكل (١٢٧) وهو مجس يوجد فى طرفه من جانب فتحة و يدخل فى تجويفه سهم وكيفية العمل به أن يربط الحبل السرى بعروة متسعة من الخيط بدون ضغط ثم يدفع السهم فى تجويف المجس فيخرج طرفه من الفتحة الجانبية له وحينئذ يدفع الطبيب طرف السهم فى العروة المعلق فيها الحبل فيصير كما فى شكل (١٢٨) ثم يدخل المجس فى الرحم ثم بعد ذلك يجذب السهم فيسقط الحبل من المجس فى الرحم ويصير كما فى شكل (١٢٧)



شكل (١٢٧)

شكل (١٢٨)

شكل (١٢٩)

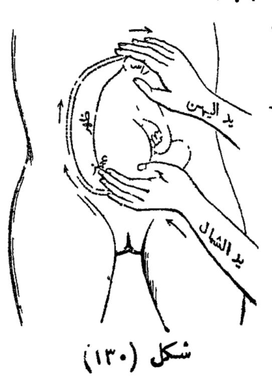
المتقدم أو يرد الحبل بواسطة مجس (كولن) الذى نوعه المعلم (تارنيير) وهو يتركب من قضيب من شنب القيطس ينتهى بكلاب يغلق بقضيب آخر ذى محبس كما هو واضح فى شكل (١٢٩) وكيفية العمل به أن يوضع الحبل السرى فى تجويف الكلاب ثم يغلق الكلاب بالقضيب الآخر بواسطة المحبس ثم يدفع القضيب بالحبل داخل الرحم ومتى وصل الى تجويفه جذب القضيب الغالق للكلاب فيسقط الحبل منه فى الرحم وحينئذ يخرج المجس من الرحم بجذبه . ويمكن رد الحبل السرى أيضا بواسطة مجس من الصمغ المرن يوجد فى طرفه من جانب ثقب يدخل فى تجويفه عوضا عن السهم خيط مزدوج تترك عروته خارج الثقب الجانبى لطرف المجس ثم يدخل طرف هذه العروة فى عروة الحبل السرى الساقط ثم تفتح عروة الخيط ويدخل فيها طرف المجس نفسه ثم يجذب طرفا الخيط الخارجان من الطرف الآخر للمجس فيصير الحبل مثبتا عليه ثم يدخل المجس داخل الرحم وبعد ذلك يدخل الطبيب اصبعه فيه ويزلق عروة الخيط من المجس ويردها الى ما كانت عليه خالصة واذن يصير الحبل السرى ساثبا فى الرحم ثم يخرج المجس بجذبه . ويمكن رد الحبل بواسطة اليد بأن تدخل أربعة أصابع فى المهبل وتضبط بها عروة الحبل كلها وتدخل فى الرحم ثم توضع أعلى المضيق العلوى وتحفظ هنالك بالاصابع حتى تدخل الرأس فى تجويف الحوض فتخرج اليد حينئذ . وعلى العموم لاجل عدم سقوط الحبل ثانيا يلزم وضع المرأة على جنبها أو ركبتيها ومرفقيها مدة رده وتستمر على هذا الوضع زمنا طويلا بقدر ما يمكن حتى لا يعود الحبل الى الخارج فاذا خرج بعد ذلك وكانت الرأس لم تزل متحركة أسرع فى عمل التحويل واخراج الجنين أما اذا عاد الحبل وكانت الرأس منحشرة فيترك الطلق ونفسه مع جس نبض العروة الساقطة دواما فتى وجد فيها ضعف أخرج الجنين بالجفت . واذا ظن الطبيب صغر حجم الجنين وزيادة اتساع الحوض فيمكنه انتظار الولادة الذاتية بخلاف ما اذا كان حجمه كبيرا والحوض ضيقا فيلزم اخراجه بالجفت بدون انتظار * السادس أى تمزق العجان يحصل إما من ولادة المرأة منفردة (أى بلا طبيب معها) أو من تعاطى مقدار من الجويدار قبل الاحتياج اليه أو من التوتر الشديد للعجان وهذا التمزق تارة لا يصيب الا الشوكة وتارة يصيب العجان بدون أن يصيب الشرج وأخرى يمتد فيصيب الشرج الذى يكون اذن مع الفرج فتحة واحدة . ففى الحالة الاولى يكفى لعلاجه النظافة والتعقيم والراحة مع حفظ الطرفين السفليين منضمين لبعضهما . وفى الحالة الثانية يعقم ثم تفعل غرزة أو غرزتان من الخياطة أو توضع اثنتان أو ثلاث من ضامة الجروح (سرفين)

(سرفين) فى الحال عقب حصول التمزق وخروج الخلاص والتعقيم ثم يوضع على الجرح جزء من اليودوفورم والغاز اليودوفورمى والقطن المعقم ويربط برباط ثم تؤمر المرأة باستمرارها نائمة على جنبها بدون أن تبعد ساقيها والاحسن ربطهما وان تبول بالقساطير ثم ترفع الخياطة أو ضامة الجروح من اليوم الثالث الى الرابع . وفى الحالة الثالثة يستعمل لها ما استعمل فى الحالة الثانية من التعقيم والخياطه وكيفية النوم والتبول والتصاق الركبتين ببعضهما . فاذا لم تتم هذه الطرق يستعمل بعد انقطاع السائل النفاسى ترقيع العجان بأن تدمى حوافى الجرح بواسطة مشرط ثم تقرب من بعضها تقريبا محكما بقدر الامكان من القاع الى السطح بواسطة خياطة مزدوجة كالخياطة المرودية لاجل تقريب قاعدة حافتى الجرح ثم تفعل الخياطة ذات الغرز المنفصلة لاجل تقريب الجلد والطبقة الخلوية التى تحته وهذا العمل يكون مؤلما فيلزم قبل اجرائه تخدير المحل بكلورور الميتيل الكوكايينى وعلى كل يلزم أن تكون الابر منحنية ومضبوطة بحامل ويكون الخيط من الفضة وتكون سوائل الغسيل قليلة التركيز ثم يغير على الجرح كل يوم . وقد يتمزق العجان من جزئه المركزى لدى المرأة ذات العجز الكثير الانحراف قليل الانحناء متى وصلت قمة الجنين أسفل التجويف الحوضى على الجزء المتوسط من العجان وكان الفرج متوترا والرحم قوى الانقباضات فيكون عروة متسعة يمر منها الجنين بدون أن تصاب الشوكة ودائرة الشرج . ويعالج هذا التمزق بالخياطة أيضا كما تقدم ثم تؤمر المرأة بالمكث على جنبها أو بطنها متقاربة الركبتين برباط متجهة قليلا الى أسفل لاجل عدم سيلان السائل النفاسى من الجرح ومتى أرادت التبول بولت بالقساطير كما تقدم أو بارتكازها على ركبتيها ومرفقيها ثم يغير على الجرح يوميا بغاز اليودوفورم والمرهم البوريكى بعد غسله بالمعقمات ثم يثبت الغيار بالرباط الثانى . ومن الجيد حفظ اطلاق البطن لتجنب مجهودات التبرز . وقد ينجم عن تمزق العجان عوارض وقتية كالنزيف والتعفن النفاسى أو عوارض تابعية كسقوط الرحم أو ميله أو خروج الغائط بدون ارادة المرأة بسبب تمزق العاصرة الشرجية * والسابع أى الاكلمبسيا اذا حصلت وقت الطلق كانت خطرة على المرأة والجنين ولا يتعشم بنجاتهما اذا تكررت نوبها قبل خروج الجنين . وعلى المولد زمن النوب الاهتمام بحفظ لسان المرأة من العض الشديد بأن يضع بين اسنانها قطعة من خشب الفلين أو من الكاوتشو الرخو تثبت بخيط بحيث يكون طرفه خارج الفم ثم استنشاق المرأة الكلوروفورم أو يحقن لها تحت الجلد بالمورفين لاجل وقوف النوبة ومتى

وقفت النوبة يعالج الاحتقان المخى اذا وجد بواسطة الفصد العام أووضع العلق خلف الاذنين أو الثلج على الرأس أو اللبخ الخردلية على الساقين ويجب على الطبيب أن يلاحظ مع الانتباه الكلى تقدم تمدد العنق فان تمدده من (٧) الى (٨) سنتمترات كاف لخروج الجنين فتى وجد هذا الاتساع مزق الاغشية فى الحال وأخرج الجنين بالجفت أو بالتحويل على حسب الحال واذا كانت حياة المرأة مهددة فلا ينتظر التمدد الذاتى للعنق بل يشقه فى جملة نقط من دائرته بمشرط طويل ذى زر ثم يدخل اليد بقوة فى الرحم ويسرع باخراج الجنين (وهذا ما يسمى بالولادة القهرية) وهنا أيضا يمكن استنشاق الكلوروفورم أثناء العمل وان كان لا يوقف النوبة الاكلمباسية دائما الا أنه يقلل شدة التقلصات العضلية

((القسم الثالث من الاعمال التى تستدعيها الولادة المعيبة)) — وهى الاعمال التى يلتجئ المولد لعملها لنجاة الام أو الجنين أو هما معا كالتحويل ووضع الجفت ونقب الجمجمة وتفتيتها وتقطيع الجنين والعملية القيصرية وبتر الرحم والولادة القهرية والاجهاض الصناعى

*(فى التحويل) التحويل عملية بها يوجه الطبيب أحد أطراف الجنين الى المضيق العلوى ولعمله كيفيتان الاولى التحويل الدماغى الذى غايته توجيه الرأس الى المضيق العلوى حين انحرافها الى احدى الحفر الحرقفية والثانية التحويل المقعدى أو القدمى وغايته ضبط قدمى الجنين لاجل قلبه واخراجه بقدميه فالاولى لا يمكن فعلها الا قبل تمزق الاغشية لان الجنين يكون متحركا بخلاف ما اذا تمزق جيب المياه وسال منه جزء عظيم فانه لا يمكن تعديل وضع الجنين بمجرد فعل حركات ظاهرية ولذا لا يلزم تجربة التحويل الدماغى الا عند سلامة الاغشية وعدم وجود عارض يستدعى توسط عمل قوى وعدم وجود سما كة زائدة فى الجدر البطنية وتحقق ان المجىء بالكتف أو بالقمة مائلة نحو الحفرة الحرقفية ولفعله ينبغى أن توضع المرأة على جنبها الايسر اذا كانت رأس الجنين الى اليمين وعلى جنبها الأيمن اذا كانت الى اليسار ثم يدفع المولد رأس الجنين باحدى يديه الى مركز المضيق العلوى ويدفع بالاخرى مقعدته كما هو مشار له بشكل (١٣٠) وفى هذا الشكل ترفع اليد الشمال مقعدة الجنين واليد اليمنى تخفض رأسه



شكل (١٣٠)

نحو

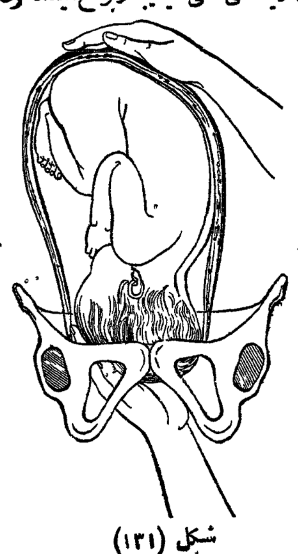
نحو المضيق فتى توصل الى ردالرس ووضعها فى وضع جيد يجتهد فى حفظها فى هذا الوضع باليدين وهو أفضل من وضع الاحزمة المحكمة لحفظها فى هذا الوضع الى أن يتمدد العنق تمددا كافيا فحينئذ يمزق جيب المياه بسرعة لتدخل الرأس فى المضيق العلوى وتنحشر فيه . ثم ان أفضلية تثبيت الرأس باليدين عن الاحزمة هى عدم افادة الاحزمة وعدم تحمل المرأة لها . واذا تحقق الطبيب بالجس بعد تمزق الجيب أن الرأس زاغت ثانيا بادر بعمل التحويل المقعدى اذا كان موجودا فى الرحم كمية كافية من المياه . وحيث ان المقصود من التحويل الدماغى نجاة الجنين فلا يفعل الا اذا تحقق من حياته . والطريقة الثانية لعمل التحويل هى التحويل القدمى وهو الاكثر استعمالا فى أيامنا هذه وهو ينحصر فى البحث باليد الداخلة فى الرحم عن قدمى الجنين ليجذبهما أولا وهو الواسطة الوحيدة فى اخراج الجنين متى كان مجيئه بالجذع أو طرأت عوارض يخشى منها على الأم والجنين كالنزيف والاكلمبسيا لأن خطرهما يزول بانتهاء الولادة وان التحويل القدمى لا يستغرق أكثر من خمس دقائق ثم ان التحويل القدمى عملية صعبة خطرة متى فعل بعد تمزق الاغشية بجملة ساعات وكان الرحم خاليا من المياه ومنقبضا على الجنين بقوة وهذه الحالة كثيرة المشاهدة لان أغلب المجيئات المعيبة للجنين تمكث زمنا طويلا قبل أن تعرف ثم ان الخطر الذى ينجم من التحويل على الجنين هو موته بضغط الحبل السرى أو عقب الانفصال المعجل للمشيمة أو وقوف الدورة الرحمية المشيمية والخطر الذى ينجم عن التحويل للمرأة هو موتها اذا حصل اضطراب عصبى أو آلام شديدة أو التهاب بريتونى تابعى * ويشترط لعمل التحويل المقعدى ثلاثة شروط الاول وجود التناسب بين حجم الجنين وأقطار الحوض بدون تفاوت فاذا وجد تفاوت بينهما سواء كان ذلك التفاوت من جهة الجنين كما فى الاستسقاء الدماغى أو من جهة الام كما اذا ضاق حوضها وكان أقل من (٧) سنتيمترات لا يكون التحويل مفيدا لانه لا يمكن اخراج الجنين به ولكنه يفعل التحويل فى حالة ضيق الحوض المسمى بالمنحرف البيضاوى متى أتت الرأس الى المضيق العلوى وكان المؤخرى متجها الى الجهة الغير الضيقة من حوض المرأة وكان عدم التناسب بين الحوض الصغير ورأس الجنين قليلا جدا والا كان خطرا جدا على الجنين والام لان أقل جذب للجنين يحدث انبساط الرأس فى المضيق العلوى فيحتاج الى تفتيتها . الشرط الثانى أن تكون فتحة الرحم تامة التمدد لانه يلزم ادخال اليد بتمامها لان حجم اليد كحجم رأس الاجنة . الشرط الثالث عدم انحصار الرأس فى التقعير الحوضى وعدم تجاوزها

لعنق الرحم فاذا كانت منحصرة قليلا فى أعلى الحوض الصغير ولم تتجاوز الفتحة الرحمية وكانت متحركة يمكن ردها أعلى المضيق العلوى ولو بصعوبة ثم فعل التحويل أما اذا تجاوزت عنق الرحم ولم تتجاوز المضيق العلوى فلا يمكن عمل التحويل لانه لايمكن وصول اليد اليها لدفعها داخل الرحم واذن يلزم استعمال الجفت

(فيما يلزم قبل فعل التحويل) - يلزم قبل الشروع فى عمل التحويل اخبار المرأة بأن جنينها اليس آتيا بالمجىء المرغوب وأنه يحتاج لتعديل مجيئه ولايخبرها بجميع ماسيفعله بل يخبر أقاربها فقط سرا خوفا من اتهامهم له فيما اذا طرأت عوارض محزنة فتى رضيت بعمل التحويل اهتم المولد بتفريغ المستقيم بحقنة شرجية وتفريغ المثانة بالقساطير عند الاحتياج ثم يجهز مايلزم للغسل والتعقيم وماينعش به الجنين اذا ولد مختنقا كماء سخن وماء بارد وروح عرقى وريشة يزغبها ومنفاخ حنجرى وخيوط وقطن معقم وغاز اليود وفورم ومرهم بوريكى ورفائد معقمة ورباط بدن لاجل قطع الحبل السرى وربطه والغيار عليه وفوط من الكتان الرفيع المعقم المستعمل لاجل العملية ثم يضع المولد بقربه جفت الولادة اذ ربما احتاج اليه ثم يشمم المرأة الكلوروفورم ثم توضع بالعرض على فراشها وتوضع عدة وسادات خلف ظهرها بحيث يكون أعلى الجذع مرتفعا قليلا ويرفع العجز أيضا بوضع وسادة أسفله أوملاءة مثنية عدة ثنيات ويوضع لوح من خشب أودفتر كبير بين المرتبتين فى النقطة الموضوعة عليها المقعدة وتكون أطرافها السفلى مثنية قليلا ومغطاة بملاءة وقدماها مرتكزين على كرسيين أوعلى ركبتى المساعدين ومتباعدين بواسطة المساعدين اللذين يكونان واقفين أو جالسين خارج الاطراف أمام بعضهما ويضبط كل منهما باليد التى جهة الرأس الفخذ متباعدا عن الآخر ويضبط القدم المرتكز على ركبته أوعلى الكرسى باليد الاخرى ويلزم أن تكون الملاءة المغطى بها الاطراف السفلى واصلة الى الارض أمام ساق كل مساعد لتحفظه من التلوث ولاجل عدم تلوث المرأة بالسائل يراق تحت مقعدتها طرف ملاءة ويترك طرفها الآخر على الارض منثنيا عدة ثنيات غير منتظمة أو يوضع مشمع تحت مقعدتها يصل الى الارض ثم بعد ذلك يجرد المولد نفسه من سترته ويشمر عن ساعديه ويتفوط بفوطة العيادة أونحوها ثم يعقم يديه ويجلس امامها ويضع بقربه فوط الكتان المعقمة المعدة لتنظيف الجنين ولف كل ماخرج منه أثناء استخراجه ثم يعقم أعضاء المرأة ويدخل يده فى المهبل ويبحث عن الجهة التى فيها ظهر الجنين ليعرف ان كان المجىء بالرأس المنحرفة

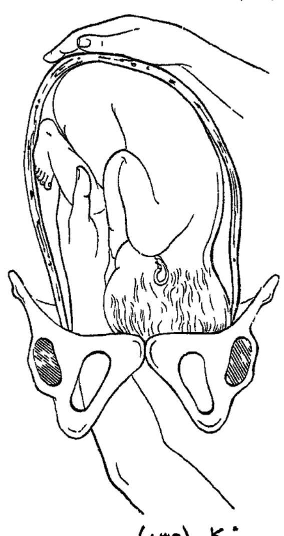
المنحرفة أو بالكتف الايمن أو الايسر ويعرف أيضا وضعه لان ذلك ضروري ليجري العمل بحسبه فتى تحقق بعد الجس المهبلي أن وضع الجنين لم يتغير عما كان عليه أولا يخرج اصبعه و يدهن ظهر يده الى المعصم بالفازلين البوريكي ثم يجري التحويل . فاذا كان الجنين آتيا بالرأس سواء كان بالقمة أو بالوجه وعرفت جهة الحوض التي فيها المؤخري فان كان المؤخري جهة ليسارا ستعمل اليد اليسرى وان كان جهة اليمين استعمل اليد اليمنى وفي كلتا الحالتين يكون الوجه الراحي لليد مقابلا للسطح المقدم للجنين واذا كان المجيء بالكتف يمكن استعمال اليد اليمنى في بعض أوضاع الكتف الايسر واليد اليسرى في بعض أوضاع الكتف الأيمن .

﴿في قواعد التحويل﴾ — يوجد للتحويل ثلاثة أزمنة متميزة وهي زمن ادخال اليد وقلب الجنين واستخراجه ولكل زمن من هذه الازمنة قواعد يلزم اتباعها ففي الزمن الاول يلزم أن تكون اليد مدهونة ومجموعة الاصابع وممدودتها على هيئة شكل مخروطي ثم توجه نحو الفرج وتدخل فيه ثم في المهبل ثم في عنق الرحم أثناء عدم انقباضات الرحم و يكون دخولها بضغط مصحوب بحركات صغيرة رحوية فاذا كانت المرأة بكرية الولادة كان دخولها بصعوبة لحصول الانقباض التشنجي للعضلة العاصرة الفرجية وحينئذ يلزم التأني في دفع اليد حتى يزول هذا الانقباض وقبل ادخالها زيادة على ماهي عليه يبادر بوضع اليد الاخرى على قاع الرحم كما هو مشار له بشكل (١٣١) فيضغط عليه ويخفضه ما أمكن لتقريب قدمي الجنين من اليد الاخرى الداخلة في الرحم . ووضع يد المولد على قاع الرحم لا يكون في الزمن الاول للعملية فقط بل يلزم أن يكون أيضا في الزمن الثاني خوفا من تمزق المهبل . فتى وصلت اليد للفتحة الرحمية في الوضع المطلوب تضم الاصابع التي هي على الشكل المخروطي انضماما قويا بقدر الامكان لتمر في تجويف الرحم بسهولة ومتى وصلت الى قاع الرحم وحصل انقباض فالأحسن سكونها منفرجة الاصابع حتى يزول الانقباض فتى زال بحث عن القدمين أو الركبتين لكن اذا كان هناك نزيف أو تشنجات أكلمبسية خطرة



شكل (١٣١)

على الام والجنين فلا ينتظر زوال الانقباضات الرحمية بل يبحث مع وجودها . وفى أثناء مرور يد الطبيب فى العنق يلزم أن يضبط بها جزء الجنين الآتى و يدفعه أعلى المضيق العلوى قليلا ثم الى احدى الحفر الحرقفية وحينئذ يدفع اليد وحدها نحو قاع الرحم فيصير جزء الجنين محصورا بساعد اليد . ومتى وصلت اليد الى قاع الرحم ينبغى تدوير الاصابع بلطف والبحث عن القدمين أو الركبتين فاذا لم يخطئ المولد فى بحثه لا بد أن تصادف أصابعه القدمين أو قدما واحدا أو ركبة أو الركبتين كما هو مشار له بشكل (١٣٢) واذا وجد المولد فى المهبل ذراعا ساقطا لا يتأخر أيضا عن ادخال يده لعمل التحويل وحينئذ يلزم مرورها على السطح المقدم للعجز وزلقها بلطف فى عنق الرحم ثم فى تجويفه ثم فى قاعه و يكون ذلك مدة راحته ثم يبحث فى الحال بأطراف الاصابع عن الاقدام كما تقدم . ويعرف نوع الطرف السفلى باتجاه العقب ومحل وجود ابهام القدم فاذا وجد قدما واحدا ضبطه من أعلى الكعبين بين السبابة والوسطى مع انحنائهما على هيئة خطاف واذا وجد قدمين وضع بينهما الاصبع الوسطى أعلى كعب كل منهما حاصرا الساق اليسارى بينه و بين السبابة والساق اليمنى بين الوسطى والبنصر مع الخنصر وتكون السبابة والبنصر موضوعتين أعلى الكعب الوحشى لكل من الساقين ثم يجذبهما ليقلب

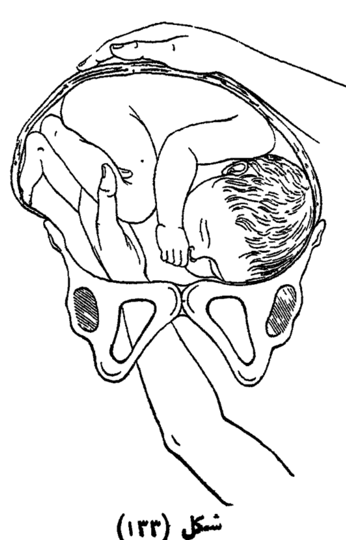


شكل (١٣٢)

الجنين فى الحال اذ من المهم عدم كثرة احتكاك اليد للسطح الباطنى للرحم خوفا من تحريضه للانقباضات الزائدة التى تعوق انقلاب الجنين ولذا يلزم المولد ضبط كل ما يمكن ضبطه من أطراف الجنين وجذبه فى الحال الى المضيق العلوى لان تحرك اليد الموجودة داخل الرحم وتدوير الجنين يكون سهلا متى كان العمل سريعا واذا كانت الاغشية سليمة عند الشروع فى فعل التحويل وجب تمزيقها فى مركز الفوهة الرحمية ثم دفع اليد دفعة واحدة نحو قدمى

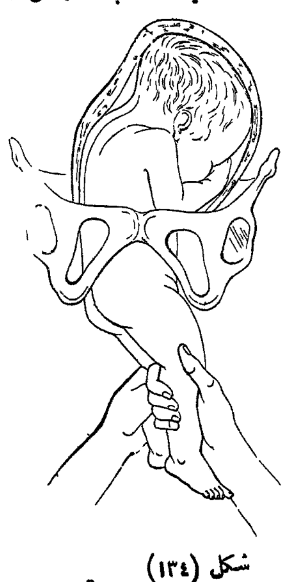
الجنين

الجنين لا نحو السطح الجانبي أو الخلفي له . فالساعد المخروطي الشكل يملأ الفتحة الرحمية فيمنع نزول المياه بالكلية اذا أسرع في ادخال اليد عقب التمزق في الحال . ولاجل أن تصل اليد الى النقطة الموجود فيها القدمان أو الركبتان يلزم المولد أن يحنى معصمه أعلى المضيق العلوى داخل الرحم انحناء قويا في اتجاه المحورين المنضمين للرحم والحوض الصغير ويوجه يده باستقامة نحو قاع الرحم اذ بدون ذلك لا يصل الى المحل الذى تكون فيه الاقدام عادة ويستغرق البحث زمنا طويلا ينجم عنه تحريض الرحم ثم الانفصال المعجل للمشيمة ثم الخطر على الام وجنينها . وقد لا يعثر المولد على الاطراف السفلى للجنين فيلزمه أن يجذب يده قليلا نحو الفوهة الرحمية ثم يدفعها ثانيا بلطف تابعا السطح الجانبي أو الخلفي للجنين وبذلك قد يصادف قدما أعلى الالية فاذا صادف القدمين مجتمعين تحت أصابعه اجتهد في جذبهما معا ويكتفى بجذب قدم اذا صعب عليه ذلك أو ركبة أو أى جزء يمكن ضبطه جيدا فاذا كان قدما أخرجه ثم يضع فيه عروة رباط أعلى الكعبين ويتركه ونفسه ثم يدخل يده ثانيا للبحث عن القدم الثانى . وفي الزمن الثانى (وهو زمن انقلاب الجنين) متى ضبط المولد القدمين أو القدم أو الركبة كما في شكل (١٣٣) يلزمه دائما بسط الطرفين أو أحدهما بجذبهما نحو الفتحة الرحمية ببطء وبهذا ينحنى الجنين على سطحه المقدم فينقلب وتصير رأسه نحو قاع الرحم وهذا العمل يكون أثناء راحة الرحم كما تقدم الا اذا وجدت أسباب تستدعى السرعة فيفعل ذلك مع وجود الانقباض الرحمى . واذا لم يمكنه الا جذب أحد الاطراف السفلى الى المهبل وكان المضبوط هو الساق المقدم أمكنه تتميم التحويل بدون أن يهتم بالساق الآخر واذا كان المجذوب هو الساق الخلفي لزمه



شكل (١٣٣)

مرور عروة رباط أعلى الكعب ليثبته فى المهبل ثم يبحث عن الطرف الآخر ليجذبه نحو الفرج . ومع ذلك يمكن تتميم التحويل جيدا أيا كان نوع الطرف المجذوب نحو الفرج فاذا كان هو الطرف الخلفى يضبطه فى محاذاة الفرج ويجذبه مع توجيهه كثيرا الى الخلف بقدر الامكان نحو العجان والاركبت الالية المقدمة على العانة فيمتنع خروج الجنين ويلزم أيضا مع الجذب والتوجيه الى الخلف فعل حركة خفيفة رحوية على حوض الجنين لتوجيه ظهره الى الامام وذلك بوضع احدى اليدين على الساق الخارج وادخال اليد الاخرى فى المهبل ووضع اصبعين منها على الخاصرة المقدمة للجنين ثم يجذب هذا الطرف الخارج الى أن تصل المقعدة الى الفرج وحينئذ يضع سبابة اليد الداخلة على ثنية أربية الطرف الآخر ثم يجذب بها أيضا للمساعدة على خروج الاليتين مع توجيه الظهر الى الامام قليلا كما ذكر بدون اهتمام فى بسط هذا الطرف لانه ينجم عن عدم البسط فائدتان مهمتان الاولى زيادة حجم الطرف المقعدى ليهيئ الفتحة الرحمية لمرور الرأس والثانية حفظ الحبل السرى من كل ضغط يقع لانه قد يكون موضوعا بجوار الساق المرتفع فيختفى من تأثر عنق الرحم وقت دخول الصدر والرأس فيه . وفى الزمن الثالث وهو زمن اخراج الجنين متى صار القدمان بساقيهما أو أحدهما مع ساقه خارج الفرج لزم المولد أن يلف الساقين أو الساق بقطعة قماش جافة معقمة ويضبطهما بجميع اليد كما هو مشار له بشكل (١٣٤) ثم يجذبهما أثناء الانقباضات الرحمية بلطف مع فعل حركات صغيرة جانبية متوالية يمينا ويسارا جاعلا جذع الجنين تابعا للمحور المضيق العلوى بجذبه كثيرا الى الاسفل حتى تتجاوز المقعدة الفرج فيلفها بخرقة جافة معقمة ثم يضبطها . ومن القوانين المتبعة أن يضبط المولد الجنين عند خروجه من الساقين فالركبتين فالفخذين فالحوض الذى يضبطه من العظمين الحرقفيين



شكل (١٣٤)

كما

كما هو مشار له بشكل (١٣٥) ومتى وصلت اليد فى هذا المحل لا ينبغى أن تتعداه اذ ضبط البطن باليدين ربما أحدث ضررا فى بعض الاحشاء البطنية سيما الكبد الذى هو كبير الحجم عند الاجنة فتى خرجت أليتا الجنين من الفرج ترك اتمام الولادة للطبيعة أو تساعد بجذب الجنين ببطء كلى اذ بالجذب السريع قد تنبسط الرأس فى المضيق العلوى أو فى التجويف الحوضى وربما لا يجد الرحم زمنا يرجع فيه على نفسه عقب خروج الجنين فينجم عن ذلك خطر على الام والجنين الذى يموت بالاسفكسيا التى تعرف بخروج كمية عظيمة من العقى وبعدم وجود نبضات فى الحبل السرى أو فى الشرايين الفخذية للجنين اذا لم



شكل (١٣٥)

يسقط الحبل وربما ألجأ ذلك الخطر الى جذب الجنين بسرعة . وبالجملة اذا لزم مساعدة الطبيعة لاتمام الولادة بجذب الجنين ينبغى أن تكون الجذبات بطيئة جدا كما تقدم وان تكون أثناء الانقباضات الرحمية بعكس ما ذكر فى الزمنين الاولين لان هذه الانقباضات تساعد على خروج الجنين مع حفظ الرأس والذراعين منثنية على الصدر . ولذا يلزم أثناء الجذب وجود مساعد ليضغط بيديه قاع الرحم فينبهه مادامت الرأس لم تصل الى تقعير الحوض . وعلى العموم ينبغى أن يكون ظهر الجنين عند نزوله متجها نحو احدى الحفر الحقية للام فاذا اتفق ان ظهره كان متجها الى الخلف لزم فعل حركة التواء خفيفة فى الساقين لتوجيه ظهره بانحراف الى الامام ومتى تجاوزت المقعدة الفرج لزم التحقق من حالة الحبل السرى بواسطة انزلاق السبابة الى موضع اندغامه فى البطن فاذا وجد متوترا ضبط بالابهام مع السبابة وجذب طرفه المشيمى لاخراج عروة منه خارج الفرج فاذا وجد الحبل متوترا

وخيف من تمزقه أو من عدم خروج الجنين وضع على الحبل جفتان ذو اضغط مستمر ثم يقطع من بينهما ثم تنجز الولادة فاذا لم توجد الجفوت ضبط وضغط طرفه السري بواسطة أحد المساعدين الى أن تتم الولادة . واذا اتفق ان الحبل كان محصورا بين الفخذين يجتهد فى تخليصه مع الاعتناء بمروره خلف الطرف الخلفى للجنين بحيث يكون ملامسا للعجان فاذا لم يمكن الوصول الى ذلك وان كان نادرا يقطع الحبل كما تقدم . وأحيانا ينبسط الذراعان كلما نزل الجذع و يرتفعان بجوانب الرأس فيعوقان نزولها فى التجويف الحوضى فيلزم الاجتهاد فى خفضهما ما أمكن ويبتدأ بخفض الذراع الخلفى لسهولة انخفاضه وكيفية ذلك هى أن توجه السبابة والوسطى من اليد التى تتجه راحتها باستقامة الى ظهر الجنين كما هو مشار له بشكل (١٣٦) ثم على السطح الخلفى والوحشى للذراع الى أعلى المفصل العضدى الزندى و يزلق الابهام من الاسفل ليكون على السطح الانسى ويكون الاصبعان الباقيان ممتدين بمنزلة جبائر كى لا يصير الذراع عرضة للكسر وفى أثناء ذلك يكون الجذع الملتف بخرقة مرفوعا باليد الاخرى كما هو مشار له بشكل (١٣٧) و بضغط السبابة والوسطى على جميع امتداد الذراع وجزء من الساعد ينثنى الذراع و يصل أمام الوجه



شكل (١٣٦)

انظر شكل ١٣٧ فى صحيفة ١٩٣

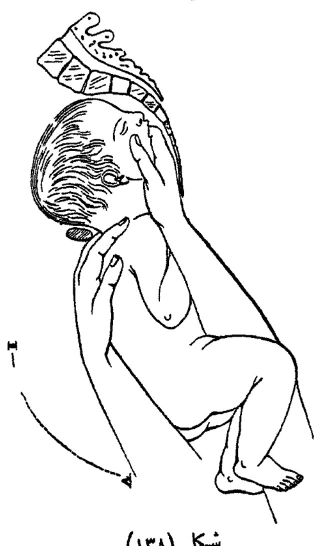


شكل (١٣٧)

ثم أمام الصدر ثم يمد انه بجانب الجذع وبهذه الكيفية يخلص أيضا الذراع المتجه الى الامام كما هو واضح فى هذا الشكل (١) وعلى العموم اذا كان ظهر الجنين متجها الى اليسار يستعمل المولد لخلاص الذراع الخلفى اليد اليمنى ولخلاص الذراع المقدم اليد اليسرى . واذا كان الظهر متجها الى اليمين يستعمل لخلاص الذراع الخلفى اليد اليسرى ولخلاص الذراع المقدم اليد اليمنى . وبعبارة أوضح تستعمل اليد اليمنى لخلاص الذراع الايمن واليد اليسرى لخلاص الذراع الايسر مهما كان اتجاه الظهر . وقد يكون الذراع المقدم مرتفعا وساعده خلف العنق فيصعب تخليصه لانه لا يمكن انزال الذراع بين الظهر والعانة كما أنزل بين الصدر وتقعير العجز وكذلك اذا مر ساعد الذراع المرتفع أمام الرأس فلا يخفض من الخلف الا بالتواء مفصل الكتف فمن المهم قبل الشروع فى عمل الانخفاض التحقق من كون الذراع خلف القفا أو أمام الرأس . ويتأكد من معرفة ذلك بالبحث بالاصبع عن الزاوية السفلى للكتف ان كانت بعيدة من العمود الفقرى أو قريبة منه فاذا كانت بعيدة تحقق أن ارتفاع الذراع حصل من امام الصدر والرأس وان كانت قريبة يكون الارتفاع قد حصل من خلف الظهر ولكن معرفة ذلك صعبة ولذا لا يهتم المولد بالبحث عنه بل يلزمه فى الحال خفض الذراع بأى طريقة . فاذا لم ينجح ذلك لزمه مر وريديه أسفل الجنين فى حالة بطح قوى ثم يفعل فيه حركة التواء شديدة كافية لوضع الكتفين فى اتجاه القطر العظيم من الحوض وحينئذ يمكن تخليص الذراع أو خروج الرأس مع الذراع المرتفع فاذا لم تنجح

(١) وفى أثناء تخليص الذراع الخلفى يرفع المولد بيده الاخرى جذع الجنين ويخفضه اثناء تخليص الذراع المقدم

هـذه الحركة أيضا تمم الطبيب الولادة بدون ان يهتم بالذراع (١) وأخيرا متى كانت الرأس وحدها فى التجويف باتجاه جيد والمؤخرى الى الامام رفع المولد جذع الجنين جهة بطن أمه أثناء الطلق فيخرج الوجه فالجبهة فالقمة على الحافة المقدمة للعجان . وحيث ان الجنين معرض فى هـذا الزمن الى الموت لانضغاط الحبل السرى فاذا لم يتم هذا الخروج بسرعة لزم المولد اخراجه بوضع سبابة ووسطى يده منضمتين ومنثنيتين بهيئة خطاف فى فم الجنين حال كون راحة هذه اليد محيطة بذقنه جيدا وحال كون أصابع اليد الاخرى موضوعة خلف القفا كما هو مشار له بشكل (١٣٨) ثم جذبه أو توضع اليد الاولى على الفك العلوى بجانبى الانف عوضا عن وضعها فى الفم كما فى شكل (١٣٩) . واذا اتفق ان ظهر الجنين بقى متجها الى الخلف بالرغم عما فعل فلا ينبغى اليأس فان خروج الرأس يحصل فى أغلب الاوقات بدون تعسر انما اذا كانت منثنية انثناء قويا يكفى وضع اصبعين على الفك السفلى وفعل الحركة العظمى الخلفية (ظهر على ظهر) لجذع الجنين لكى تنزلق جبهته خلف العانة وتخرج من الفرج اما اذا انبسطت الرأس تماما وارتكزت الذقن أعلى العانة فعلى المولد فعل الحركة العظمى



شكل (١٣٨)

المقدمة للجنين (بطن على بطن) ليخرج المؤخرى أمام العجان فاذا لم يفد هذا العمل أسرع بوضع الجفت . وأما اذا جاء الجنين بحالة جيدة ابتداء وكان ظهره متجها نحو احدى الحفرتين الحقيتين ولم تتم الرأس حركتها الرحوية وبقيت بالعرض فى التجويف فيزلق المولد يده التى

(١) == ملحوظة == قد يكسر الذراع مع هذه الاحتراسات ولكنه غير خطر لانه يكفى فى علاجه أن توضع عليه قطعة من المقوى ورباط صغير مبتل بالدكسترين أو النشا أو الجبس مدة ثمانية أيام أو عشرة

انظر شكل ١٣٩ فى صحيفة ١٩٥

راحتها



راحتها تعانق المؤخرى بالطبيعة بين الحد الاسفل و تقعير العجز ثم يضع طرف جميع الاصابع على الحد المتجه الى أعلى كما هو مشار له بشكل (١٤٠) ثم يفعل بها حركة كب قوية للساعد ليرد المؤخرى خلف العانة كما فى شكل (١٤٠) المذكور وهذا العمل أفضل من وضع اصبعين من احدى اليدين على الحد المتجه الى الاعلى وأصبعين من اليد الاخرى خلف الاذن المتجهة الى الاسفل وبها يفعل حركة قوية فى الرأس يوجه المؤخرى جهة القوس العانى • ومتى وجدت يد الجنين فى المهبل فلا يهتم بدفعها الى التجويف الرحمى لانه لا يمكن الوصول الى ذلك بل يكتفى بوضع عروة من شريط على معصمها كما فى شكل (١٤١) ثم يشرع فى التحويل فورا اذ لا فائدة فى الانتظار لان عند

شكل (١٣٩)

جذب القدمين أو أحدهما الى المهبل يصعد الذراع الساقط من نفسه فى الرحم وتتبعه العروة كلما صعد الكتف نحو قاع الرحم فبهذه الطريقة يبقى الذراع ملتصقا بالجذع ثم ان خروج يد الجنين من المهبل لا يفيد فى تحسين المجىء بالكتف وان أفاده لتشخيص الوضع ولذا لا يهتم به بل يلزم عمل التحويل فى الحال كما تقدم بخلاف ما اذا كان الذراع جميعه خارج الفرج فانه يدل على أن الكتف منحصر انحصارا قويا فى التقعير وأن الرحم خال من الماء بالكلية ومنقبض انقباضا شديدا وبناء على ذلك لا يمكن عمل التحويل بل يقطع الجنين واذا ظن المولد وجود توأمين فى الرحم أو عرف ذلك أثناء البحث على الاقدام لعمل التحويل لزمه الاحتراس من ضبط قدمين أو ركبتين معا لانهما ربما كانا لجنينين فينجم عن جذبهما معا تعسرات تلجئ لاعمال أخرى

(فى الجفت) - الجفت آلة معدة لضبط الرأس وجذبها الى الخارج وبه يمكن

انظر شكل ١٤٠ و ١٤١ فى صحيفة ١٩٦



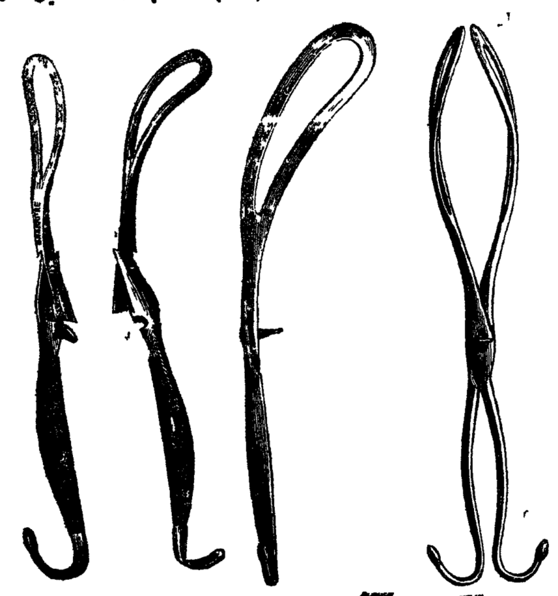
شكل (١٤٠)

شكل (١٤١)

تقليل قطرها من ثمانية الى عشرة سنتيمترات وأول مخترع له بيتر شمبرلن وأنواعه كثيرة أحسنها مانوعه المعلم (ليڤرت) وهو منحن كما فى شكلى (١٤٢) و (١٤٣) وطوله ٤٥ سنتيمترا وأعظم عرض لكل ملعقة من ملاعقه خمسة سنتيمترات واذا ضم الذراعان الى بعضهما كانت أكبر مسافة بينهما سبعة سنتيمترات ويتركب من فرعين أحدهما أيسر ويسمى الفرع المذكر والثانى أيمن ويسمى الفرع المؤنث والطرف العلوى لكل فرع منهما على هيئة ملعقة مثقوبة بثقب عريض وحافتا كل ملعقة من ملاعقه مقعرتان من الداخل محدبتان من الظاهر لتتوافق مع تقوس الحوض. والطرف السفلى لكل فرع ينتهى بكلاب مسطح منحن ومفصل الجفت يتكون من محور طولى يوجد فى الفرع المذكر أو اليسارى ومن ثقب مطابق للمحور يوجد فى الفرع المؤنث أو اليمنى. وقد حوّر هذه الآلة المعلم (باجو) حيث صير كل فرع منهما مكونا من جزأين رفيعين خفيفين يتصلان وينفصلان بالارادة حتى صارت فى غاية الخفة سهلة الحمل وجعل مفصلها مركبا من محور حلزونى أى لولب يتعشق فى ثقب فى جانب الفرع المؤنث لا فى وسطه وكلا بافرعيه أحدهما حاد الطرف والآخر أملس وهذا

انظر شكل ١٤٢ و ١٤٣ فى صحيفة ١٩٧

الجفت هو الاكثر استعمالا وهو المشار له بشكل (١٤٤) ومعد لضبط الرأس فى المضيق العلوى



شكل (١٤٢) شكل (١٤٣) شكل (١٤٤) شكل (١٤٤)

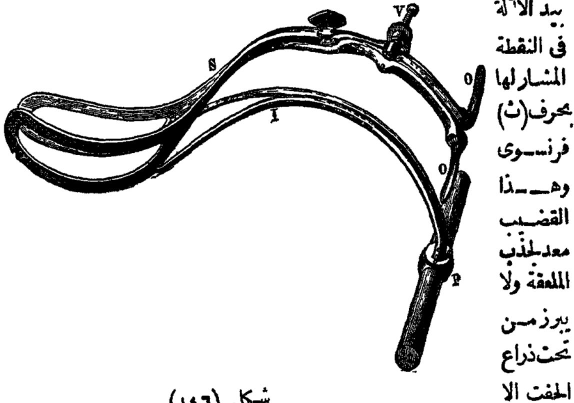
وفى الحوض أيضا وقد اخترع هذا المعلم جفتا آخر قصيرا شكل (١٤٥) معد الضبط الرأس متى كانت فى الحوض فقط . ومن الجفوت الشهيرة جفت المعلم تارنيير الذى يضبط ويقلل الجم ويجذب فى آن واحد الا انه متضاعف التركيب فيتركب من جزأين أحدهما عبارة عن جفت ولادة عادى معد لضبط رأس الجنين ومشار له بشكل (١٤٦) وطوله ٤٢ سنتيمترا وملعقتاه شبيهتان بملعقتى جفت ليفرت غير أنهما أقصر منهما وانحناؤهما الحوضى أقل انحرافا وقبضتا فرعيه قصيرتان منتهيتان بكلاب مستدير أملس ومشار له ما بحرف (زيرو) فرنسوى من الشكل المذكور ومفصل الفرعين كمفصل جفت باجو أى محور حلزونى

انظر شكل ١٤٥ و ١٤٦ فى صحيفة ١٩٨

(لولب) يسمى لولب المفصل مشاراليه بحرف (ل) فرنسوى من شكل (١٤٨) معد لحفظ فرعى الجفت منضمين ويوجد فى الجفت لولب ثان فى الذراع الايسر مشاراليه بحرف (ف) فرنسوى من شكل (١٤٦) يوجد فى صامولة ويدخل فى تجويف شبيه بكرسى موجود فى الذراع اليمنى والغرض من هذا اللولب الاخير حفظ الملعقتين وفرعى الجذب مضمومة على رأس الجنين عند ربط صامولة هذا اللولب بدون أن يضطر المولد الى الضغط بيديه على الذراعين ولذا يسمى بلولب الضغط أو التثبيت تعر بفالوظيفته ثم يوجد تحت الحافة السفلى لكل ذراع فى المسافة الموجودة بين الملعقة والمفصل قضيب مشاراليه بحرف (ب) فرنسوى من شكل (١٤٧) يتصل أحد طرفيه المشاراليه بحرف (زيد) فرنسوى بالملعقة المشاراليها بحرف (أ) فرنسوى فى النقطة المشاراليها بحرف (زيد) الفرنسوى ويتصل الطرف الآخر

شكل (١٤٥)

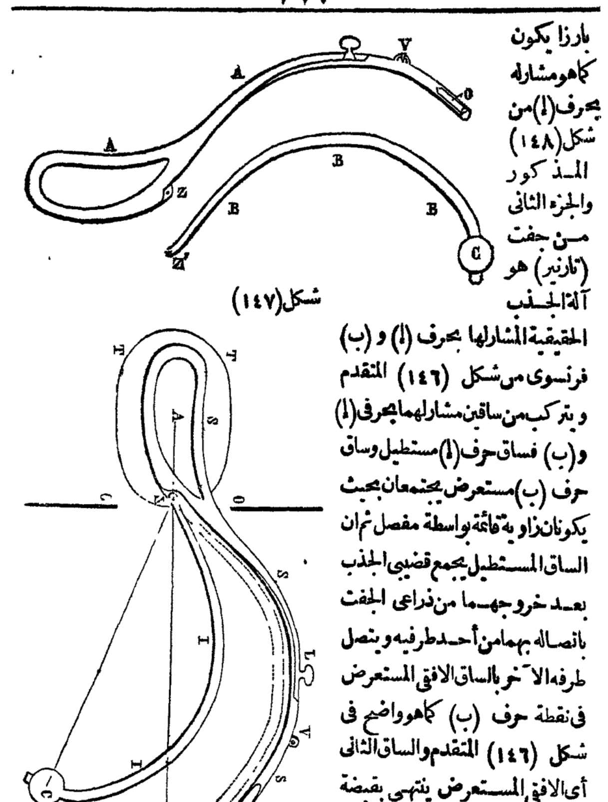
بيد الآلة فى النقطة المشاراليها بحرف (ث) فرنسوى وهذا القضيب معد لجذب الملعقة ولا يبرز من تحت ذراع الجفت الا



شكل (١٤٦)

بعد ادخال الفروع فى المهبل على القواعد المتبعة فى ادخال فرعى الجفت ومتى استتر تحت ذراع الجفت يكون كما فى الفرع المشاراليه بحرف (إس) فرنسوى من شكل (١٤٨) ومتى كان

انظر شكل ١٤٧ وشكل ١٤٨ فى صحيفة ١٩٩

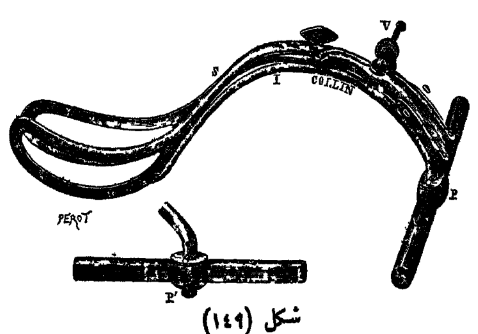


شكل (١٤٧)

شكل (١٤٨)

بارزا يكون كماهو مشار له بحرف (ا) من شكل (١٤٨) المذكور والجزء الثانى من جفت (تارنير) هو آلة الجذب الحقيقية المشار لها بحرف (ا) و (ب) فرنسوى من شكل (١٤٦) المتقدم و يتركب من ساقين مشار لهما بحرفى (ا) و (ب) فساق حرف (ا) مستطيل وساق حرف (ب) مستعرض يجتمعان بحيث يكونان زاوية قائمة بواسطة مفصل ثم ان الساق المستطيل يجمع قضيبي الجذب بعد خروجهما من ذراعى الجفت باتصاله بهما من أحد طرفيه و يتصل طرفه الآخر بالساق الافقى المستعرض فى نقطة حرف (ب) كماهو واضح فى شكل (١٤٦) المتقدم والساق الثانى أى الافقى المستعرض ينتهى بقبضة تسمح للمولد بوضع يده عليها والجذب بواسطتها وهذا الجذب يكون فى اتجاه خط ممتد من حرف (أ) الى حرف (ب) من شكل (١٤٨) و بانضمام جزأى جفت (تارنيير) يتكون منهما شكل (١٤٩) فماذكر تعلم صعوبة استعمال جفت (تارنيير) على من لم ير استعماله ولذا كان جفت

انظر شكل ١٤٩ فى صحيفة ٢٠٠



شكل (١٤٩)

(باجو)هو الاكثر استعمالا فى فرنسا وجفت (نجيل) فى المانيا وجفت (سمسون) فى انجلترا. ومن الجفوت الكثيرة الاستعمال أيضا جفت (ستولس) شكل (١٥٠) لحرف (أ) من هذا الشكل يشير للجفت منضم الذراعين وحرف (ب) يشير لشكل يدذات جناحين وحرف (ث) لذراع بيده مفرداواْيا كان الجفت فاستعماله لايكون الا اذا انحصرت الرأس فى المضيق العلوى ثم طرأ عارض خطر يلجئ لسرعة خروج الجنين كالتشنجات أوالنزيف أوسقوط الحبل السرى أوأن الرأس لم تزل متحركة ولم تدخل فى المضيق العلوى لكونها غليظة الحجم أو لقلة اتساع المضيق المذكور . ويستعمل الجفت أيضا متى كانت الرأس

A B C

شكل (١٥٠)

فى

فى التجويف ومكثت زمنا طويلا بدون أن تخرج بسبب مقاومة الاجزاء الرخوة أو بسبب عدم تناسب محسوس بين الجمجمة واقطار المضيق السفلى لغلظ فى رأس الجنين أو ضيق فى هذا المضيق . وكذلك يستعمل الجفت متى كان المجىء بالقمة غير منتظم أو كان بالوجه وكان الرحم خاليا من الماء ومنقبضا انقباضا شديدا ويستعمل أيضا متى كان المجىء بالقدمين ووقفت الرأس فى التجويف ولم تخرج لانبساطها أو كبر حجمها لكن اذا بقيت محصورة فى المضيق العلوى حينما يكون الجنين آتيا بالقدمين والجذع محشورا فى التجويف الحوضى لا يمكن ادخال الجفت واذن يلتجأ الى انفصال الرأس أو قطع الجذع فى جزئه الصدرى قطعا منحرفا ثم تضبط الرأس بعد ذلك وتخرج لكن اذا كان الجذع صغيرا جدا والحوض متسعا لا بأس من تجربة الجفت قبل الشروع فى عملية الانفصال . ثم انه يشترط لوضع الجفت أربعة شروط الاول أن تكون الفتحة الرحمية متمددة تسمح لمرور ملعقتى الجفت الثانى ان تكون الاغشية متمزقة الثالث أن لا يكون اتساع الحوض أقل من ثمانية سنتيمترات الرابع أن تكون رأس الجنين محصورة وغير متحركة فى المضيق العلوى لان الجفت لا يوضع الا عليها

((ما يلزم المولد قبل العمل)) - ينبغى للمولد قبل الاقدام على العمل بالجفت أن يخبر المرأة بانه يريد فعل ما يسهل عليها الولادة على سبيل الاجمال ولا يخبرها بالحقيقة تفصيلا مالم تكن ذات ثبات وتريد الخلاص بأى طريقة فاذا كانت بكرية تخجل من اخبارها بذلك وجب عليه أن لا يخفى شيأ على أهلها لانه ربما طرأ عليها خطر ما ثم يبدأ بتفريغ المثانة والمستقيم ثم يعقم يديه واعضاء المرأة بالزروقات المعقمة ثم يجهز ما يلزم له من الادوات كالجفت والمقص والمرهم البوريكى والقطن المعقم والخرق المعقمة والغاز اليودوفورمى والمناشف المعقمة وكمية من الكلوروفورم لتنويم المرأة وما يلزم لانتعاش الجنين اذا ولد مختنقا وللغيار على الحبل السرى جزء من الجويداراذربما حدث فى الرحم خمود بعد اخراج الجنين والخلاص ويجهز أيضا ماء سخنا فى درجة (٤٥) وجهاز الزروقات ثم توضع المرأة بعد تنويمها كما توضع أثناء التحويل انما لا يلزم هنا أن يكون الفراش مرتفعا جدا بل متوسطا لان ارتفاعه كثيرا متعب للطبيب كما أن انخفاضه كثيرا متعب له أيضا وكذلك يلزم أن يزاد هما على المساعدين واحد يقوم بمناولة المولد فرعى الجفت متى طلبهما ولا بد أن يكون هذا المساعد عالما بالفرعين المذكر والمؤنث لئلا يخطىء عند المناولة وبالجملة فهذان الفرعان يعقمان أولا تعقيما جيدا ثم يغمران برهة فى الماء الحار ثم يدهنان بالمرهم البوريكى فى تحدب الملعقتين

فقط لان تقعيرهما معداً لضبط جزء الجنين المندى كثيراً . و ينبغى قبل الابتداء فى وضع الجفت التحقق من مجىء الرأس ومن كفاية تمدد العنق ومن تمزق الاغشية و يكون ذلك بادخال طرف الأصبع بين جدر الفتحة الرحمية والرأس المشرفة على الخروج من العنق فتى تحقق من ذلك يدخل الفرع الاول بدون أن يخرج يده وأول مايدخل هو الفرع المذكر (الايسر) فيضبط باليد اليسرى ويوضع فى الجهة اليسرى من الحوض ولا يوضع الفرع المؤنث أولا الا فى أحوال نادرة و يكون ضبطه باليد اليمنى ووضعه فى الجهة اليمنى من الحوض ثم ان وضع الجفت يكون فى ثلاثة أزمنة متميزة . الاول زمن ادخال فرعى الجفت . الثانى زمن تعشق هذين الفرعين . الثالث استخراج الجزء الجنينى المضبوط . ففى الزمن الاول ينبغى ان يجتهد المولد فى ضبط رأس الجنين على حسب قطرها الجدارى أى الحدبة الجدارية بملعقتى الجفت اذ لاشئ أنفع من ذلك فاذا كانت الرأس لم تزل فى المضيق العلوى يندر أن تكون فى اتجاه مستقيم لتضبط ملعقتا الجفت الحدبات الجدارية كما ذكروها أيضاً لايمكن الاوضع أحد فرعى الجفت الى اليسار والآخر الى اليمين فى نفس اتجاه القطر المستعرض للحوض أو قريباً منه وبما أن الرأس تكون على العموم موضوعة بحالة يكون فيها قطرها المؤخرى الجبهى موازياً تقريباً لاحد الاقطار المنحرفة للمضيق العلوى فتضبط احدى ملعقتى الجفت الحدبة الجبهية والأخرى تضبط الحدبة المؤخرية لكن بدون انتظام أما اذا كانت الرأس فى التجويف الحوضى فيسهل ضبط الحدبات الجدارية بملعقتى الجفت من أول وهلة لان الرأس صارت مستقيمة تقريباً بعد الانحراف . وحيث ان الرأس فى الحوض فيمكن ميل اتجاه الجفت بحسب الارادة لضبطها وان كانت منحرفة الاتجاه لانه يلزم ضبط الرأس من قطرها الجدارى بحيث ان الحافة المقعرة للجفت تعانق جزء الجمجمة أو جزء الوجه الذى يتخلص عادة أولا تحت القوس العانى فى الولادة الذاتية و بناء على ذلك تكون الحافة المذكورة معانقة للمؤخرى اذا كان المجىء بالقمة وللذقن اذا كان المجىء بالوجه . فاذا منع مانع من معرفة كون الوضع بالقمة كورم دموى فلا يعوق هذا العارض المولد عن عمله فيوجههما الملعقتين كما يوجههما فى الوضع الاول الكثير الحصول للمجىء بالقمة ثم يشرع فى جذب الرأس جذباً بطيئاً . واذا تبين خطؤه تركها وضبطها ثانياً ضبطاً محكماً ومهما كان الفرع الداخل يلزم ضبط الآخر فى محاذاة تعشقه كما تضبط ريشة الكتابة كما فى شكل ١٥١ هذا اذا كان فراش المرأة مرتفعاً قليلاً أما اذا كان منخفضاً فيلزم ضبطه

انظر شكل ١٥١ فى صحيفة ٢٠٣

بكلية



شكل (١٥١)

بكلية اليد بعكس ما تقدم إما من طرفه كما فى شكل ١٥٢ أو فى محاذاة مفصل تعشقه بالفرع الآخر وهذا هو الافضل . وفى أثناء ادخال الفرع تخدم اليد الاخرى كدليل لتوجيهه . أما اذا كانت الرأس لم تزل فى المضيق العلوى فتدخل الاصابع كلها فى أعضاء التناسل ماعدا الابهام فانه يبقى ممتدا أعلى العانة كما فى شكل (١٥٢) المذكور فاذا كانت الرأس فى التجويف أو فى الفرج فيكتفى بادخال السبابة والوسطى ملتصقتين ببعضهما ليزلق عليهما ما تحدب ملعقة الفرع المراد ادخاله كما فى شكل (١٥١) المذكور أيضا . وفى كلتا الحالتين ينبغى أن يهتم المولد بوضع أطراف الاصابع بين الرأس وحافة الفوهة الرحمية قبل أن يزلق منقار الملعقة على السطح الراحى لهذه الاصابع وبذا يتحقق من وضع الآلة فى الرحم نفسه لا فى قعر المهبل ولهذا كان من المهم ادخال الاصبعين المرشدين فى الرحم حتى يتجاوزا فتحته قبل ادخال فرعى الجفت ثم ان كل فرع من فرعى الجفت فى ابتداء ادخاله ينبغى أن يكون مرتكزا تقريبا على الاربية المقابلة لجهة الحوض المتجهة نحوها الملعقة كما هو واضح فى شكل (١٥١) ويكون مشبك كلابه متجها الى أعلى كما هو واضح فى شكل (١٥١) بكيفية بها يكون منقار الملعقة آتيا الى الفرج فى اتجاه لائق وكلما دخل هذا المنقار فى المهبل على سطح الوجه الراحى للاصابع المرشدة يهتم بخفض يد الفرع شيأ فشيأ بين فخذى المرأة حتى

انظر شكل ١٥٢ فى صحيفة ٢٠٤



تصبر اليد متجهة الى الاسفل قريبة من الخط المتوسط كما هو واضح فى شكل (١٥٢) . وبناء على ذلك تتبع الملعقة اتجاها مخالفا أى تتبع اتجاه محور التجويف الحوضى فتصل الى الجهة المقابلة لرأس الجنين . ومتى كانت الرأس فى المضيق العلوى وكان الفرع جيد الوضع ينبغى أن يكون المشبك منخفضا جدا أسفل من محاذاة الفخذين ليكون ملامسا للفرج وأما اذا كانت فى التجويف فليس من الضرورى خفض المشبك لهذه الدرجة ولا ملامسة المدور للاجزاء التناسلية

شكل (١٥٢)

. والاحسن نقل اليد الضابطة لفرع الجفت من المفصل الى المشبك متى تجاوز نصف الملعقة القناة الفرجية الرحمية ليسهل تدوير الملعقة نصف دائرة . وينبغى دفع الفرع عند ادخاله بغاية البطء وايقافه عند الاحساس بأدنى مقاومة واخراجه قليلا ثم دفعه ثانيا بلطف موجها له توجيها حسنا الان فهر المقاومة من الخطأ العظيم . ثم ان جودة وضع الفرع تعرف أولا بكونه يدخل دخولا عميقا بدون تعسر بدفعه بلطف ثانيا انه بعد ادخاله اذا جذبه المولد الى الخارج باستقامة يدرك انه معاق وذلك لمعانعة تقعير الملعقة لجزء الرأس . وبالجملة ففى أثناء ادخال الملعقة على السطح الراحى للاصابع وانزلاقها عليه يدرك المولد كل تغيير يحصل فى

اتجاه

اتجاه الملعقة . فاذا خفض يد الفرع مبكراً أدرك انزلاق الملعقة أمام أصابعه المرشدة وتجاوزها الهامن الامام . واذا رفعها مبكراً أدرك تجاوز الملعقة الاصابع من الخلف . فاذا وجه يد الفرع قليلا نحو الخط المتوسط وقفت الملعقة على الثنيات المفصلية للاصابع . واذا تجاوزت يد الفرع الخط المتوسط صادم منقار الملعقة فروة رأس الجنين فتمنعه من الاتجاه أبعد من ذلك ولذا يجب على المولد أن يستيقظ لما تدركه اليد المرشدة لاجل أن يصلح بسرعة الاتجاهات الرديئة الواصلة للملعقة بواسطة الانحناآت الرديئه للمشبك . وعلى العموم يلزم أن توضع الملعقة ابتداء حذاء الرباط العريض العجزى الوركى ومن هناك توجه الى المحل اللازم بحركة تصف دائرة فاذا كانت الرأس لم تزل فى المضيق العلوى كان فعل هذه الحركة ضرورياً فى الجهتين بدرجة واحدة . وأما اذا كانت فى التجويف وكان وضعها عادياً بانحراف كانت هذه الحركة ضعيفة جداً أو مفقودة من جهة وممتدة من جهة أخرى . ففى الوضع الاول (مؤخرى حرقفى يسارى مقدم) يكون الفرع الايمن هو الذى يفعل الحركة العظيمة مدة مكث الفرع الايسر فى محله وبالعكس فى الوضع الخامس (مؤخرى حرقفى يمنى مقدم) وفى الاوضاع المنحرفة للقمة اذا كانت الرأس محصورة بقوة فى الجزء العلوى من التجويف وكان الحوض ضيقاً فقد يحصل للمولد تعسرات عظيمة فى وضع الفرع المقدم للجفت اذا كان الفرع الآخر موضوعاً فيلزم اخراج هذا الاخير واعادة العمل ثانياً بأن يبتدئ بادخال الفرع المقدم الذى تعسر وضعه . واذا اتفق ان الفرع المقدم هو الايمن يفعل تصالب الفرعين لاجل تعشيقهما أو يفعل فيهما مفصل صناعى بواسطة رباط على هيئة عروة مثنية . ومهما كان الفرع الموضوع أولا فيعطى مشبكه لمساعد يضبطه ضبطاً محكما مدة اشتغال المولد بوضع الفرع الآخر كما فى شكل (١٥٢) المتقدم ويوصى المساعد الذى أعطى له مشبك الفرع بعدم توجيهه نحو الخط المتوسط لانه يؤثر كرافعة حقيقية من النوع الاول على الرأس فيضعها وضعاً ثابتاً فى الجدار المقابل للحوض وبهذه الكيفية يعوق مرور الفرع الثانى . والزمن الثانى وهو زمن تعشيق الفرعين ببعضهما يفعل بغاية البطء والاحتراس لتجنب رض الفوهة الرحمية . ومتى تقابل ثقب أحد الفرعين مع محور الفرع الآخر وجب على المولد ادارته بنفسه أو بواسطة أحد المساعدين . وأحيانا لا يسهل دخول البرمة فى ثقبها لان الملعقتين قد لا يتجهان اتجاهاً موافقاً فيصير أحد البروزين منحنياً بالنسبة للآخر وفى هذه الحالة يلزم ضبط كل مشبك بيد ويجتهد فى ادخال البرمة فى الثقب بلطف فاذا لم يمكن ذلك يلزم اخراج

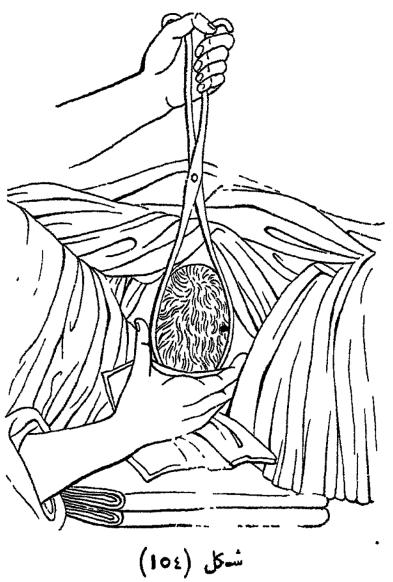
الفرع الثانى ووضعه ثانيا بطريقة لائقة لم يمكن تعشيقهما بسهولة وقد لا ينتبه المولد فيدخل الفرع الايمن أولا فيصير الثقب أسفل البرمة عوضا من أن يكون فوقها وحينئذ لا يمكن انضمام الفرعين الا بعد تصالبهما ولاجل فعل التصالب يلزم ضبط كل مشبك بيد وتباعد الفرعين بلطف ثم يمر بالفرع الايسر تحت الايمن . فاذا أدرك المولد أنه لا يمكن فعل التصالب الا مع حصول تمزق عنيف فى عنق الرحم أو الفتحة المهبلية لكون الرأس منحصرة بالملاعق على حسب قطرها العظيم لزم عدم فعل التصالب وأخذ رباط متين وثنيه على هيئة عروة ثم ادخاله فى الثقب ويلف به الفرعين عدة لفات (على شكل رقم ثمانية افرنجية) محيطة احاطة متينة بالبروز من جهة وبالبرمة من جهة أخرى فبواسطة هذا الانضمام يمكن انتهاء الولادة جيدا اذا فعل مع الالتفات التام . وفى الزمن الثالث الذى فيه يستخرج الجنين متى ضم الطبيب فرعى الجفت بأى طريقة يلزمه قبل الجذب التحقق من كون رأس الجنين وحدها مضبوطة بالجفت ضبطا جيدا أولا ويكون ذلك بوضع الاصبع فى المهبل بين الملعقتين والبحث عن ذلك أو بجذب الآلة قليلا لأن الرأس اذا كانت غير مضبوطة ضبطا محكما انزلق الجفت بدون أن يجذب شيأ معه . واذا ضبط الجفت جزأ من الام مع الرأس يعرف بتألمها وقت الجذب فيبادر المولد بفك الآلة ثم وضعها ثانيا . وعلى العموم يلزم عند الجذب بالجفت أن يضبطه باحدى اليدين فى محاذاة المفصل وباليد الاخرى من أمام المشبك بحيث تكون الاصابع دائما على الآلة والابهامان أسفلها كما فى شكل (١٥٣) وتكون الجذبات مصحوبة بحركات جانبية ودائرية فاذا لم يضطر لاستمرار الجذب فلا يجذب الامدة انقباض الرحم لان انقباضه يساعد على الخروج اما اذا اضطر لاستمرار الجذب فيلزم



شكل (١٥٣)

فعله

فعله أثناء الراحة والانقباض أيضا مع أمر المرأة بالطلق الى أن تجىء الرأس الى الفرج وحينئذ يمنع الجذب ويسند العجان باليد الاخرى مع الرفع التدريجى ليد الآلة نحو بطن الام كما فى شكل (١٥٤) فاذا شاهد المولد أن العجان مشرف على التمزق فعل الشقين الخلفيين الصغيرين الجانبيين للشفرين . وفى أثناء اخراج الرأس من الفرج يلزم تلطيف الجذب بقدر الامكان مع تذكر المولد ميخانيكية خروج الرأس الذاتى فى الوضع المؤخرى العانى والوضع المؤخرى العجزى لكى يجذب فى الحالة الاولى الى أسفل باليد الموجودة قرب تعشق الآلة الى أن يدخل المؤخر تحت العانة قبل رفع يد الجفت الى أعلى وفى الثانية يجذب الى الأمام والاعلى تابعا لخط (أ و إمن شكل ١٥٥) حتى يخرج المؤخرى ويصير على الحافة المقدمة للعجان قبل خفضه يد الآلة كما فى شكل (١٥٥) وهاتان الطريقتان هما المستعملتان لاخراج الرأس فى حالة المجىء بالقمة لان جميع الاوضاع المنحرفة تستحيل إما لوضع مؤخرى عانى أو مؤخرى عجزى . وفى جميع أحوال جذب الرأس

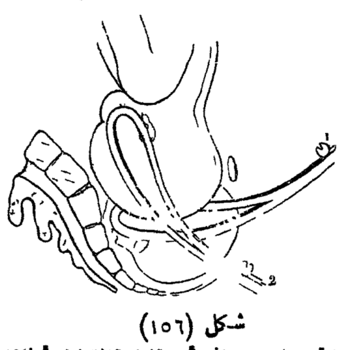


شكل (١٥٤)



شكل (١٥٥)

يلزم أن تتبع ملاعق الجفت بالضبط اتجاه محور الحوض كما فى شكل (١٥٦) وقد توجد أحوال تلجئ المولد لفعل جذبات قوية لاخراج الرأس فاذا كرر فعلها فى أزمنة مختلفة ولم تمر ثم أدرك عدم تحرك الرأس كان ذلك دليلا على ضيق الحوض أو غلظ الرأس فيلزم حينئذ ثقب الجمجمة وتفتيتها اذا لزم ثم اخراجها . ومتى خرجت الرأس وطرفا الملعقتين لم يزالا فى الفرج يلزم الطبيب فك تعشيق فرعى الجفت



شكل (١٥٦)

واخراج أحدهما بعد الآخر بحركة توجه كلا منهما نحو أربية الجهة المقابلة أما اذا خرجا من الاعضاء التناسلية فلا لزوم لفكهما . ثم اذا خرجت الرأس ورفع الجفت ولم توجد انقباضات رحمية كافية لاخراج جذع الجنين وخشى عليه أمر المولد المرأة بالطلق وأدخل سبابتى يديه تحت ابطى الجنين وجذبه بهما لاسراع خروج الكتفين . فما ذكر هو قواعد وضع الجفت فى الاحوال الاعتيادية فيلزم العمل بها . وهنالك أحوال غير عادية يوضع لاجلها الجفت بصفة خصوصية . وهذه الاحوال ثلاثة المجيء بالوجه . المجيء بقاعدة الجمجمة عقب المجيء الذاتى للمقعدة . بقاء الرأس وحدها فى الرحم بعد قطعها من الجذع (الأول) اذا لم تزل لرأس أعلى التجويف وكانت الذقن متجهة الى الأمام لزم وضع الجفت كما يوضع فى حالة المجيء بالقمة فالذقن هنا بمنزلة المؤخرى فى المجيء بالقمة ولذا يلزم المولد أن يوجه الى الذقن الحافة المقعرة للجفت ليجعلها تحت القوس العانى ابتداء ثم تخفض يد الجفت باليد القريبة من محل التعشيق الى أن تخلص الذقن من القوس المذكور ثم ترفع يد الآلة لاجل خلاص باقى الرأس من مقدم العجان . ومتى كانت الذقن متجهة الى الخلف وضع الجفت مرتين متعاقبتين لاجل خلاص الرأس . وأما الاجتهاد فى ارجاع الرأس الى الانثناء عكسها من قرب المؤخرى فهو فعل غير مفيد . ثم ان وضع الجفت مرتين متواليتين بقوة يؤدى الى التواء عنق الجنين لكن لا يخشى عليه منه ولو وصل الى (١٥) درجة انما المهم تخليص الام من الآلام بقدر الامكان . واذا وصل الوجه الى العجان يمكن تحريك الرأس

ببطء

ببطء حركة عظيمة رحوية فى زمن واحد بواسطة جفت قصير مستقيم لعدم قهر مقاومة العمود الفقرى لاعطاء الجذع زمنا كافيا فيه يتبع الحركة الواقعة على الرأس *(الثانى) اذا كان الجنين آتيا بالاقدام والرأس لم تزل منحصرة فى المضيق العلوى ففى هذه الحالة لا يمكن وضع الجفت عليها قبل فصلها من الجذع ومع ذلك يجرب وضعه اذا كان الجذع غير مالئ للتجويف . واذا كانت محصورة فى التجويف أمكن وضع الجفت لانه يكفى رفع أو خفض جذع الجنين بقوة على حسب اتجاه المؤخرى الى الامام أو الى الخلف ثم يشرع المولد فى وضع فرعى الجفت على حسب القواعد المتقدمة انما يكون ادخال فرع الجفت على السطح القصى للجنين كما فى شكلى (١٥٧) و (١٥٨) لا على السطح الظهرى له . ولاجل رفع جذع الجنين بقوة على عانة الام فى حالة اتجاه الوجه الى الخلف يلزم لف الجذع مع الذراعين بفوطة ويرفع الجذع بأيدى الجفت ومتى كان الوجه متجها الى الامام ترك المولد الجذع ونفسه لأن ثقله يخفضه نحو العجان . ومتى ضبطت الرأس وفرضنا انها باقية فى حالة انثناء فاذا كان الوجه متجها الى العجز كما فى شكل (١٥٧) تجذب الى الامام ثم الى الاعلى باليد اليسرى الموجودة قرب تعشق الآلة أثناء رفع الآلة شيأ فشيأ باليد اليمنى الى ان تصير مشابك يدا الجفت فى الهواء كما فى شكل (١٥٧) أيضا . واذا



شكل (١٥٧)

كان الوجه متجها الى العانة تجذب الرأس الى الاسفل وقليلا الى الخلف باليد اليسرى مدة خفض يد الآلة باليد اليمنى كما فى شكل (١٥٨) المذكور اذ فى هذه الحالة الاخيرة تخرج الجبهة ابتداء لا المؤخرى

انظر شكل ١٥٨ فى صحيفة ٢١٠

وإذا كانت الرأس منبسطة والذقن مشبوكة أعلى العانة يلزم الجذب الى الأمام ثم الى الأعلى كما اذا كان الوجه متجها الى الخلف فى اتجاه الخط المشار له من (أ) الى (ا) فرنسوى من شكل (١٥٩) أما اذا كانت الرأس منبسطة ومنحصرة فى التجويف مع اتجاه الذقن الى الخلف فلا يمكن تخليصها بالجفت ميلتجأ الى تفتيت الجمجمة . واذا كان اتجاه الذقن الى الامام وكانت مشبوكة على الحافة العليا للعانة فقد يمكن تخليصها وردها وبذا تصير الحالة غير خطرة لانه يكفى لاتمام الولادة فعل بعض جذبات فى الجذع مع رفعه نحو بطن أمه (بطن على بطن) أو بوضع الجفت وجذبه انما



شكل (١٥٨)

لا يكون وضعه كما فى شكل (١٥٩) المذكور بل يمر به على السطح الظهرى للجنين وبذلك تصل ملاعقه الى المحل المقصود بدون صعوبة * (الثالث) وهو بقاء رأس الجنين وحدها فى الرحم أعلى المضيق العلوى فى هذه الحالة يكون وضع الجفت أو الآلة المفتتة على الرأس صعبا جدا بسبب ارتفاعها وتحركها . ولذا يلزم قبل توصيل ملعقتى الجفت ووضعها على جهتى الرأس بالضبط تثبيت الرأس تثبيتا جيدا بيدى مساعد فطن مع دفعها ما أمكن نحو تجويف الحوض ثم يدخل المولد يده اليسرى جميعها فى التجويف الرحمى للاهتداء لوضع الملعقتين كما فى شكل (١٦٠) واليد اليمنى تستعمل لادخال فرعى الجفت وفى أثناء ادخال ووضع الفرع الايسر تكون اليد اليسرى التى فى الرحم موضوعة فى حالة بطح قهرى كما فى شكل (١٦٠) المذكور وتكون فى حالة نصف كب أثناء ادخال ووضع الفرع الايمن كما فى شكل (١٦١)

انظر شكل ١٥٩ فى صحيفة ٢١١ وشكل ١٦٠ فى صحيفة ٢١٢ وشكل ١٦١ فى صحيفة ٢١٣

وفى

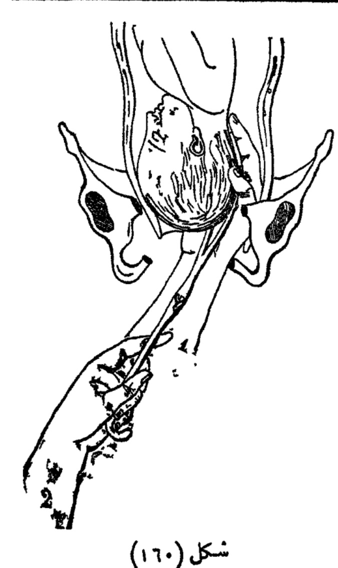


شكل (١٥٩)

(في ثقب الجمجمة) - الغرض من ثقب الجمجمة هو تقليل اقطار الرأس ليسهل خروجها . وتثقب الجمجمة بمقص المعلم (سميلي) شكل (١٦٢) أو بثاقب الجمجمة للمعلم (بلوت) شكل (١٦٣) أو بمقص المعلم (نجليه) شكل (١٦٤) فاذا لم تتيسر احدى هذه الآلات ثقبت الجمجمة بساق صلب ذي طرف حاد قاطع . والمشرط الكبير القاطع من الجهتين الموشح طرفه بكرة صغيرة من المشمع الملتف بشريط من القماش حلزونيا على طوله يكفي لثقب الجمجمة عند الحاجة . وكيفية العمل أن توضع المرأة عرضا على السرير كما توضع لعمل التحويل وتكون مقعدتها على حافته والعجان خارجا عن الحافة بالكلية ثم يعقم المولد أعضاء التناسل و يديه كما تقدم ثم يدهن ظهر يده اليسرى بالمرهم البوريكي و يدخلها في المهبل ماعدا الابهام وتكون الاربعة أصابع موضوعة على هيئة مخروط وقد تكفي السبابة والوسطى لهذا العمل كما في شكل (١٦٥) فمتى أدرك باليد رأس الجنين برفع النصف المقدم من حافة عنق الرحم ثم يزلق حد ثاقب الجمجمة بانتظام على السطح الراحي لليد والاصابع فاذا وجد المولد تحت طرف الآلة يافوخا أو تدريزا كان البط سهلا جدا الا أنه لا يلزم فعله فيها لأنه ينسد الثقب بتقارب العظام أثناء الانقذاف بل يلزم فعل البط في الجزء العظمي الذي يقابل الاصبع فيضع الآلة عليه وضعا عموديا بقدر الامكان مع الاعتناء بخفض يد الآلة حتى تلامس الحافة المقدمة للعجان و يتحقق المولد أنه وصل الى المحل المقصود بقهر المقاومة وخروج جلط من الدم الاسود واللب

انظر شكل ١٦٢ وشكل ١٦٣ وشكل ١٦٤ في صحيفة ٢١٤ وشكل ١٦٥ في صحيفة ٢١٥

المخى وحينئذ لا يكون عليه الا مباعدة فـرعى ثاقب الجمجمة وتحريكهما حركة دائرية لاجـل تمزيق المخ ثم بعـد ذلك تخرج الآلة مع الاحتراس بواسطة اليد المرشدة من خدش المهبل . فاذا اضطر لتوسيع فتحة الثقب يخرج الثاقب من الجمجمة مفتوحا كما فى شكل (١٦٥) .



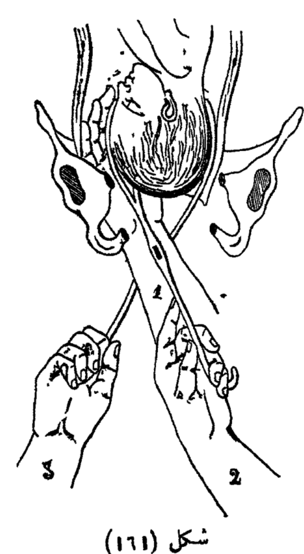
شكل (١٦٠)

واذا كان القطر المجزى العانى لحوض المرأة ليس أقـل من ثمانيـة سنتمترات ونصف يترك الخـروج للطبيعة فاذا لم تكف لخروجـه أخرج بالجفت . أما اذا كان قطر حوض المرأة أقل من ثمانيـة سنتيمترات فيلزم ثقب الجمجمة ثم تفتيتها واخراجها(٤) و بعض المولدين يفعل بعـد الثقب والتفتيت ز ر وقات معقمة فى تجويف الجمجمة لسهولة استفراغ اللب المخى . ثم ان ثقب الجمجمة يكون سهلا متى كان المجىء بالقمة كما فى شكل (١٦٥) وأما اذا كانت الرأس واقفة فى المضيق العلوى بعد خروج الجذع فيكون ثقب الجمجمة صعبا وربما كان خطرا على الام اذ أراد المولد ثقبها من المؤخرى أو من الجبهـة لانه لا يمكن اتجاه الآلة اتجاها عموديا على أحد هذه الاسطحة وان هـذه الاجزاء تقاوم أكثر مما يحصـل عادة من القمة فيمكن انزلاق طرف الآلة الثاقبـة فيصيب الاعضاء التناسلية فالاحسـن خفض الفـك السفلى للجنين خفضا قويا بواسطة أصبعين يدخلان فى الفم و بعـد ذلك يدخل مقص (سميلى) فيه فيثقب قبوته فيدخل فى الكتلة الدماغية كما فى شكل (١٦٦) فبهذه الطريقة يمكن للمولد أن يجرى العمل عموديا بدون حصول انزلاق لطرف الآلة يخشى منه . و بعض المولدين يثقب قاعدة الجمجمة بكسر العظم

انظر شكل ١٦٥ وشكل ١٦٦ فى صحيفة ٢١٥

(٤) واذا وضعت قطعة قماش أمام الفرج لتتلقى السائل الدماغى لاخفائه عن أعين الحاضرين كان حسنا

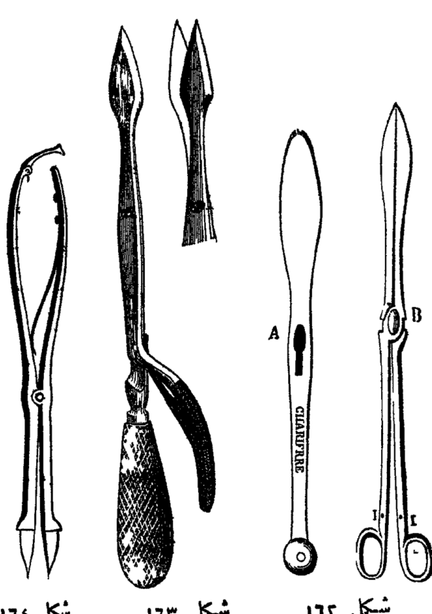
الوتدى



شكل (١٦١)

الوتدى ثم يخرج اللب المخى وبذلك يقل حجم الرأس لان العظم الوتدى متى انكسر وخرج اللب المخى فالصدغيان والجداريان الآخذان نقطة ارتكازهما عليه ينخفضان بسهولة عظيمة وحينئذ تمر الرأس من المضيق الذى قطره ستة سنتيمترات بل وخمسة أما العظم المؤخرى والجبهى فلا يهتم بهما لانهما ينثنيان وينحنيان و ينحصران بانحراف فلا يمنعان مرور الرأس من المضيق . وكيفية العمل هى انه متى كان جذع الجنين هو الخارج والرأس وحدها هى المحصورة وواقفة فى المضيق العلوى يفعل شق مستعرض فى الجزء العلوى من قص الجنين امتداده من سبعة الى ثمانية سنتيمترات ويسلخ الهدب العلوى منه بقدر سنتيمتر واحد ثم يدخل فى الشق الجفت الطويل المعد للبوليبوس ويدفع الى أعلى الى أن يصل لقاعدة الجمجمة ثم يفتح فرعاه فى جهات مختلفة مع حفظهما متباعدين أثناء اخراجه ليكونا طريقا متسعا يسمح لمرور ثاقب الجمجمة بدون مشقة و بدون تمزق للاجزاء التى يمر عليها الانه يكون حينئذ فى غمد يوصله الى قبوة البلعوم أى على قاعدة العظم الوتدى تقريبا . واذا أمكن وصول الاصبعين المرشدين للجفت الى الفم بدون مشقة لزم ضبط الفك السفلى بهما ليثبتاه مدة تأثير الثاقب . وهذا الاحتراس ليس مهما لان الجذب الخفيف المستمر للجذع يثبت الرأس تثبيتا كافيا . والثاقب المفضل هو ثاقب (روجس) شكل (١٦٧) فبعد عمل الغمد الغشائى فى القسم المقدم للعنق كما تقدم يدخل فيه الثاقب المذكور تابعا الاصبعين داخلين فى المهبل الى أن يصل الى قبوة البلعوم . وهذان الاصبعان يضبطان الفك السفلى ويثبتانه اذا أمكن فتكون الرأس مثبتة حينئذ بهذين الاصبعين وإلا يؤمر المساعد بفعل

انظر شكل ١٦٧ فى صحيفة ٢١٦

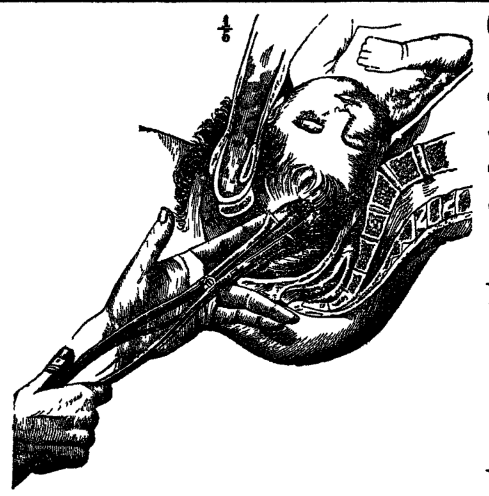


جـذب مستمر على جـذع الجنين فتى تثبتت الرأس يلزم ثقب الميزاب القاعـدى للعظم المؤخرى أو ثقب نفس قاعـدة العظم الوتدى برأس الثاقب الواقع عليها حركة التواء البرمـة من اليسار الى اليمـين ومـتى دخلت فى العظم قدر خمسة الى ستة سنتيمترات يفعل فيها بعض حركات جانبيـة داخل المخ

شكل ١٦٤ شكل ١٦٣ شكل ١٦٢

لتمزيقـه ثم يخرج الثاقب قليلا بحركة رحوية فى اتجاه عكس الاول أى الى أسـفل قاعدة الجمجمة بدون اخراجه من الغمد الغشائى أو يكتفى بتغيير اتجاهه قليـلا حتى لا يخرج كلية من سمك العظم ثم يثقب هـذا الجزء أيضا ثم ينتقـل فى نقطة أخرى من العظم المذكور وهلم جرا حتى يحدث جملة ثقوب على حسب نوع ضيق الحوض فتى صارت قاعدة الجمجمة مفتتة كما تقدم جذب جذع الجنـين فتخرج الرأس بدون احتياج الى عمل آخر أما اذا كانت الرأس الواقفة فى المضيق آتية بالوجه فيلزم ثقبها من الحجاج وادخال الآلة فيها

(فى تفتيت الجمجمة) - قد تقدم ان ثقب الجمجمة لا يفعل الا اذا كان قطر المضيق نحو ثمانية سنتيمترات أما اذا كان القطر أقـل من ذلك فيلزم ثقبها ثم تفتيتها ويكون التفتيت بجفت مخصوص فرعاه قويان جـدا وملعقتاه طويلتان ضيقتان مثقوبتان كما هو مشار له بأشكال

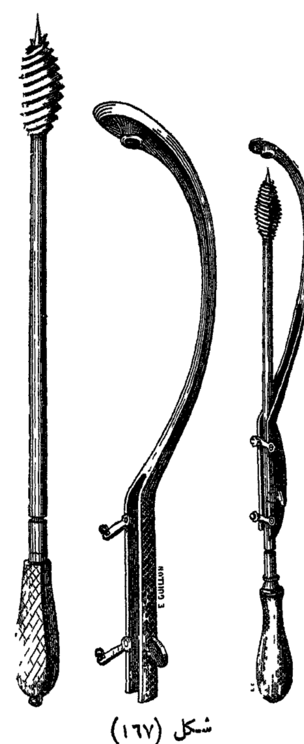

شكل (١٦٥)

باشكال (١٦٨) و١٦٩ و١٧٠ أوغير مثقوبتين. وعلى كل فيد الجفت تكون موشحة بلولب يدور باليد كما في شكل ١٦٨ أو يدور بصامولة قوية تحرك بالارادة معدة لتقريب الملعقتين كما هو مشار لها بشكلي ١٦٩ و ١٧٠ المذكورين أو تكون هذه الصامولة مستعاضة بساق ذي اسنان موشح بمفتاح مسنن كما في شكل (١٧١) أو مستعاضة بحلقة من جلد تلف على طرفي فرعي الجفت كما في شكل (١٧٢) وأما التفتيت بواسطة الجفت الناشر للمعلم (فنوبقل) المشار له بشكلي (١٧٣) و(١٧٤) فهو خطر لتضاعف تركيبه وكذا ثاقب الجمجمة ومفتتها للمعلم تارنيير فهو متضاعف التركيب أيضا فيصعب استعماله ولذا يلزم الاكتفاء بعمل التفتيت بأحد الجفوت العادية المتقدمة شكل (١٦٨) أو شكل (١٦٩) ثم ان وضع الجفت المفتت

سكل (١٦٦)

انظر شكل ١٦٨ و١٦٩ في صحيفة ٢١٧ وشكلي ١٧٠و١٧١ في صحيفة ٢١٨ وأشكال ١٧٢ و ١٧٣ و ١٧٤ في صحيفة ٢١٩

يكون كوضع الجفت البسيط لكن
هنا يلزم الاحتراس فى ادخاله لطوله
وثقله كما انه يلزم اثناء ضبط الجمجمة
تجنب ضبط جدر الرحم مع رأس
الجنين بالجفت ولذا يلزم ادخال اليد
بتمامها فى الرحم كرشدة لفرعى الجفت
قبل ادخالهما وفى أثناء ادخالهما
يلزم وجود أحد المساعدين بجانب
المرأة ليثبت الرحم بيده تثبيتا متينا
لكى لا تترك الرأس المضيق العلوى
بعد وضع الفرع الاول عليها ولاجل
ضبط الرأس بالجفت من وسطها يلزم
المولد توجيه يد الجفت الى الاسفل
والخلف نحو العجان فتى ضبطت
الرأس على حسب القطر الموافق
صار طرفا فرعى الجفت متباعدين
فيلزم اذن ادارة الصامولة الى أن
يتلامس الفرعان بقدر ما يمكن واذا
فعل المولد الثقب قبل التفتيت خرج
اللب المخى من الفرج عقب تقارب
فرعى الجفت فيكون ذلك دليلا على



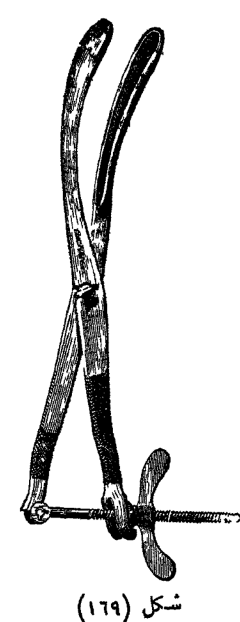
شكل (١٦٧)

تفتيت الرأس ومع ذلك يستمر على العمل ومتى تقارب الفرعان قربت ملامسة الملعقتين واذن ينبغى تدوير الحافة المقعرة للجفت الى اليسار أو اليمين لوضع القطر الصغير الحجم من الرأس فى اتجاه القطر الضيق من الحوض ثم يفعل المولد جذبات قوية بالجفت على حسب المحور العام للقناة الفرجية الرحمية . وبتكرار التفتيت يتجنب تمزيق الاعضاء التناسلية بالشظايا

بالشظايا العظمية الناتجة من تفتيت الجمجمة ولاجل ذلك يلزم تكرار التفتيت أربع دفعات أوخمسا

شكل (١٦٨)

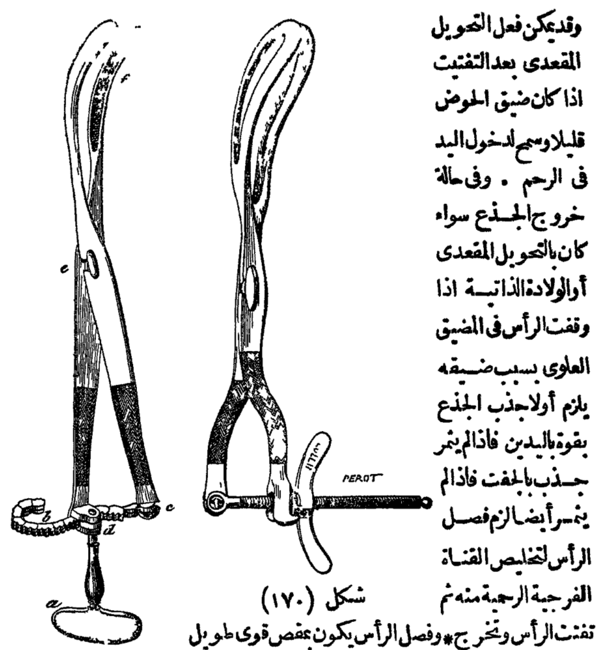
أوستاوفى كل دفعة يفعل التفتيت ثلاث مرات أو أربعا الا انه بعد الدفعة الاولى يلزم فعل حركة رحوية عظيمة الى اليسار أو اليمين فى الرأس بالجفت المفتت حسب الوضع المعروف فمتى تم ذلك لزم فصل فرعى



شكل (١٦٩)

الجفت ثم اخراجهما متتابعين ويترك خروج الجثة للطبيعة فاذا مضى نحو ساعة ولم تخرج لزم وضع الجفت والتفتيت به ثانيا فى قطر غير الاول من الرأس ثم فعل حركة رحوية فى الجهة التى فعلت فيها الحركة الاولى ثم يخرج الجفت ويترك خروج الجثة للطبيعة أيضا فاذا مضى هذا الزمن المحدد ولم تخرج الجثة كرر الوضع والتفتيت وهكذا الى أن يفعل التفتيت خمس دفعات أوستا ومع ذلك فعدد الدفعات يختلف على حسب درجة الضيق وقوة الانقباضات الرحمية فقد يكرر التفتيت الى ثمان دفعات فى مسافة ساعة أو ساعتين بدون حصول أدنى عارض لا أولى ولا تابعى . والمفضل ترك الانقذاف للطبيعة متى تفتتت الرأس وقل حجمها ولم يوجد عائق يمنعها عن الخروج بالانقباضات الرحمية وحدها الا انه اذا ضبطت الرأس بعد تفتيتها اضبطا محكما بالجفت وكان الضيق عظيما ثم جذبت بقوة تمزق عنق الرحم والمهبل .

وقد يمكن فعل التحويل المقعدى بعد التفتيت اذا كان ضيق الحوض قليلا وسمح لدخول اليد فى الرحم . وفى حالة خروج الجذع سواء كان بالتحويل المقعدى أو الولادة الذاتية اذا وقفت الرأس فى المضيق العلوى بسبب ضيقه يلزم أولا جذب الجذع بقوة باليدين فاذا لم يثمر جذب بالجفت فاذا لم يثمر أيضا لزم فصل الرأس لتخليص القناة الفرجية الرحمية منه ثم



شكل (١٧٠)

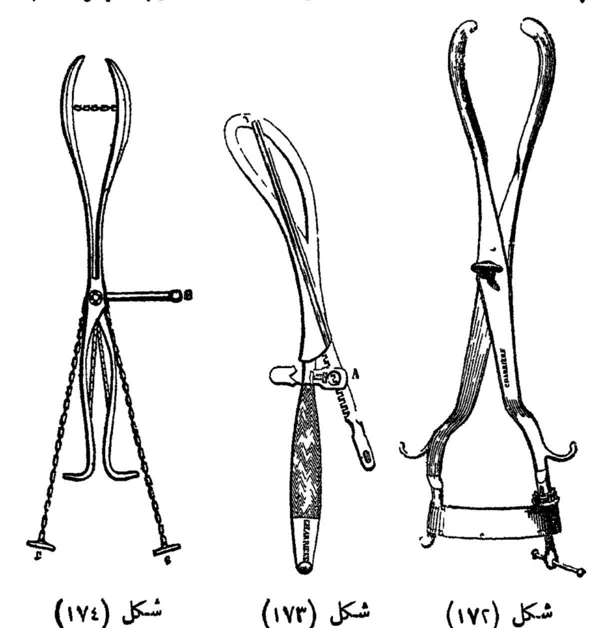
(شكل ١٧١)

تفتت الرأس وتخرج * وفصل الرأس يكون بمقص قوى طويل مستقيم شكل (١٧٥) أو بمقص منحن على سطحه . ويوصل الى عنق الجنين منقادا بأصبعين أو ثلاثة من اليد اليسرى للمولد بينما يكون المساعد مثبتا الرحم والرأس جيدا فتى وصل المقص الى العنق تفصل الرأس ويخرج الجذع ثم تفتت الجمجمة كما تقدم وبما أن الرأس متى صارت منفصلة عن الجذع فى الحوض الضيق صعب ضبطها بالجفت فيلزم أولا تثبيتها ثم ثقبها من قاعدتها بالآلة المسماة بالفرنسوية (تربين) (المنشار الحلقى) شكل (١٧٦) ثم يدخل فى الثقب الناجم عن هذه الآلة بواسطة جفت طويل قضيب صلب طوله من خمسة الى ستة سنتيمترات وسمكه من خمسة الى ستة ملليمترات

* انظر شكل ١٧٥ و ١٧٦ فى صحيفة ٢٢٠

وسمكه

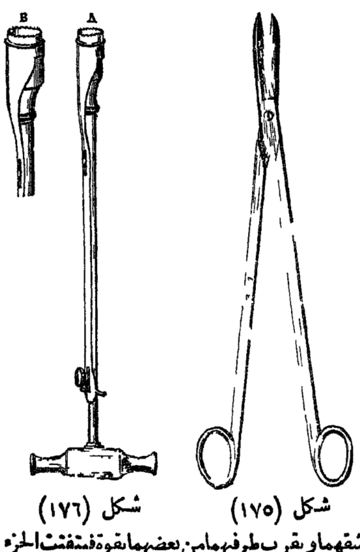
مربوط من وسطه بعروة من خيط طويل متين ومتى ادخل القضيب فى تجويف الجمجمة



شكل (١٧٢)　　شكل (١٧٣)　　شكل (١٧٤)

يشد الخيط فيصير وضع القضيب فى باطن الجمجمة بالعرض ثم يسلم هذا الخيط الى المساعد ليحفظه مشدودا وبالشد تصير الجمجمة ثابتة الوضع وحينئذ يوضع جفت التفتيت وتفتت وبواسطة هذا الخيط يمكن جذبها الى الخارج بعد ذلك وبما أنه ينبغى تثبيت الجمجمة لثقبها أولا ثم تثبيتها لتفتيتها ثم جذبها بعد التفتيت وبما أن ذلك صعب فالافضل قطع الكتفين والذراعين واخراجهما بحيث لا يبقى فى القناة المهبلية الفرجية الا العمود الفقرى فيسهل ادخال الآلة الثاقبة أولا وتثبت الرأس بالشد على العمود المذكور بعد تغليفه بخرقة ثم بعد ثقب الجمجمة يخرج الثاقب ويوضع فرعا الآلة المفتتة أثناء تثبيتها بجذب العمود الفقرى المذكور أيضا ثم تفتيتها أو تثقب الرأس بالثاقب التربينى ثم يدخل فى باطنها القضيب

السابق الذكر المربوط بالخيط ثم تفصل الرأس من العمود الفقرى ثم تفتت وهذه العملية وان كانت سهلة الا أنها خطرة فانه مات سبع عشرة امرأة من ستين فعلت لهن هذه العملية ولذا يفضل عنها ثقب الجمجمة ثم تفتيتها بجفت المعلم سمبسون شكل (١٧٧) وهو يتكون من فرعين أحدهما ذو ملعقة شباكية والآخر ذو ملعقة مسننة فبعد ثقب الجمجمة يدخل فيها من هذا الثقب الفرع الشباكى ثم يوضع الفرع



شكل (١٧٥)

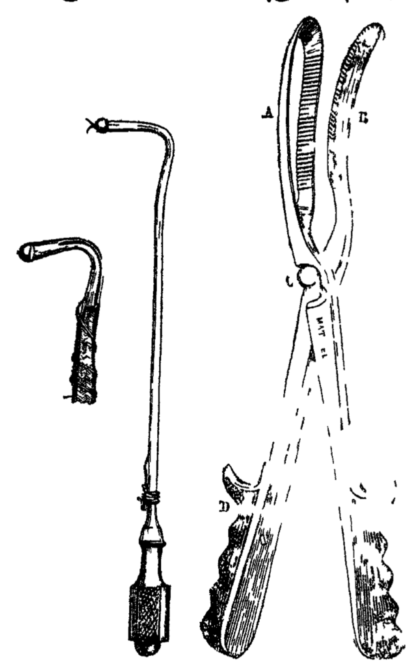
شكل (١٧٦)

المسنن على سطحها الخارجى ثم يعشقهما و يقرب طرفيهما من بعضهما بقوة فيتفتت الجزء المنحصر بين الملعقتين ثم يكرر هذا العمل فى جملة نقط من الرأس

(فى تقطيع الجنين) ـ اذا جاء الجنين بالجذع وكان الكتف منحصرا انحصارا متينا والرحم منقبضا انقباضا تشنجيا لزم لاخراجه فصله الى جزأين فيخرج الطرف السفلى أولا بالجذب ثم العلوى المتصل بالرأس أما فصل الذراع الساقط فى المهبل فلا يفيد فالافضل تركه على ما هو عليه ولا يجذب الاعند الضرورة لاخراج الجزء المتصل به . ثم ان تقطيع الجنين إما من صدره أو ظهره أو عنقه . فالقطع من الصدر يلزم أن يكون بانحراف على هيئة حمالة السيف العربى و يبتدأ به إما من أسفل الكتف المحصور ثم يصعد به الى أعلى كتف الجهة المقابلة قريبا من قاعدة العنق و إما من أعلى الكتف المحصور ثم ينزل به منحرفا الى أسفل الابط المقابل و يلزم قبل العمل أن تكون الايدى والآلات واعضاء المرأة معقمة جيدا كما تقدم . و يعمل القطع اما بالمقص الطويل القوى المستقيم شكل (١٧٥)

انظر شكل ١٧٧ فى صحيفة ٢٢١

المتقدم وإما بمقص منحن على سطحه فيدخل منقادا على اليد اليسرى للمولد تابعا حركاتها لتجنب جرح أعضاء التناسل. وبعضهم فعل القطع بواسطة كلاب ذى نصل حاد قاطع ولكن استعماله صعب فى غير قطع العنق كما سيجىء. وبعضهم استعمل القطع بالنشر بخيطمتين يمر حول الجذع ثم تخرج اطرافه خارج الفرج ثم يفعل فيهما حركتى ذهاب واياب بقوة. ولاجل مرور الخيط خلف جذع الجنين يؤخذ كلاب اعتيادى غير حاد الطرف سطحه المحدب محفور بميزاب معد لقبول الخيط الذى يكون أحد طرفيه منتهيا ومثقلا برصاص على هيئة قلنسوة تلبس لطرف الكلاب شكل (١٧٨) وتحفظ عليه بشد الخيط الذى يكون طرفه السائب خارجا من ثقب موجود



شكل (١٧٨) شكل (١٧٧)

بيد الكلاب. وبهذا الوضع يدخل الكلاب فى المهبل ثم فى الرحم ثم خلف الجنين منقادا باليد اليسرى. فمتى تأكد المولد أن طرف الكلاب وصل الى الجهة الخلفية للجنين أرخى الخيط لتسقط الرصاصة بثقلها فتظهر فيلتقطها ليبرزها خارج الفرج. فان لم تظهر من نفسها لزم البحث عليها بالجفت الطويل المعد للبوليبوس فمتى وجدت اخرجت كما تقدم ثم يمر بطرفى الخيط داخل منظار ثم يدفع المنظار داخل المهبل والرحم الى أن يلتصق طرفه

بالجنين ثم يسلم المولد المنظار الى مساعد ليفعل المولد فى طرفى الخيط حركتى ذهاب واياب فبذلك تنشر الانسجة المحصورة فى عروة الخيط من الخلف الى الامام . والقطع بهذه الطريقة مفضل عن غيرها لوجود الخيط فى أى محل ولسهولة وضعه ولسرعة قطع الاجزاء الواقع عليها العمل ولعدم حدوث خطر على الأم

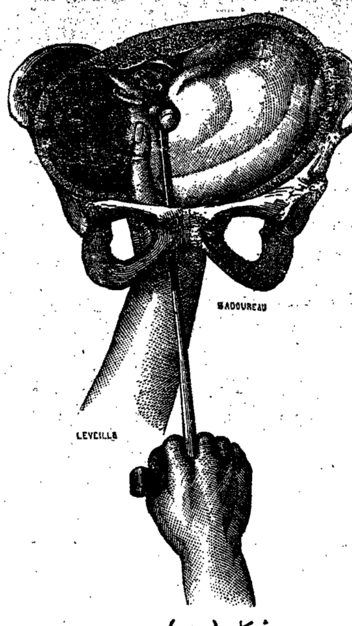
(فى فصل الرأس من الجذع) - تفصل الرأس فى الجذع بقطع العنق اذا خرج الجذع ووقفت الرأس فى المضيق العلوى سواء كان مجىء الجنين بالمقعدة ذاتيا أو بالتحويل المقعدى . ويكون القطع إما بالمقص الذى سبق ذكره أو بكلاب منثنه طرفه العلوى بزر كثير الصلابة وطرفه السفلى بساق من صلب مستدبر غلظه سنتيمتر واحد منتهية بيد من قرن أو معدن شكل (١٧٩) وجزؤه المنحنى قاطع تقريبا فى طول امتداد تقعير تقوسه وكيفية القطع بهذه الآلة هى أن تعقم الايدى والآلة وأعضاء تناسل المرأة بعد وضع مقعدتها على طرف السرير ثم تدخل اليد اليسرى الى أن تعانق عنق الجنين فتوضع أصابعها الاربعة خلف العنق وابهامها أمامه وبعد خفض العنق باليد ما أمكن يمسك المولد باليد اليمنى يد الآلة ويزلق الكلاب على ابهام اليد اليسرى الى أعلى عنق الجنين ثم يفعل حركة رحوية خفيفة ليد الآلة فيمر الكلاب أعلى عنق الجنين ثم يثبت هنالك بجذب يد الآلة بقوة مع فعل حركات رحوية بها فتنفصل فقرات العنق والاجزاء الرخوة . ويلزم دائما أن تكون حركات الكلاب فى راحة اليد اليسرى المرشدة الموجودة فى الرحم كما فى شكل (١٨٠) فمتى انقطع العنق يخرج الجذع بالجذب من الذراع الساقط فى الفرج ثم تخرج الرأس باليد أو بالجفت بدون تفتيتها أو بعد تفتيتها بالآلة المفتتة تبعا للحالة ولا يلزم فصل الجنين من عنقه اذا انحصر الكتف ولم يمكن رده لصعوبة الوصول الى الرأس وضبطها فى هذه الحالة فالأفضل القطع المنحرف للصدر لانه لا يقطع العنق الا اذا كان ظاهرا فى الفوهة الرحمية ولم يمكن جذب الذراع أو فعل التحويل . وعلى كل فالمفضل عن قطع العنق وقطع الجذع هو الشق

شكل (١٧٩)

انظر شكل ١٨٠ فى صحيفة ٢٢٣

البطنى

البطنى اذا كان الجنين تام المدة سواء كان حيا أو ميتا لانه لاينجم عنه تعريض المرأة لخطر وينجو الجنين فى أغلب الاحوال اذا كان حيا أما اذا كان غير تام المدة فالأفضل تقطيعه لانه لا ينجم عنه أدنى مشقة خصوصا اذا كان ميتا . وهذا ما يفعل فى المجىء بالكتف متى كان ضيق المضيق العلوى عظيما . وأما اذا كان الحوض طبيعيا تقريبا وسمح بدخول الكتف دخولا غائرا ولم يمكن عمل التحويل فبعض المولدين يثقب الصدر بكلاب يدخله فيه الى أن يصل الى العمود الفقرى فيمر به خلفه



شكل (١٨٠)

ليصير العمود فى تقعيره فيجذبه الى أسفل . وبعضهم لايدخل الكلاب من الصدر بل يدفعه بين الرحم والجنين الى أن يتجاوز الاضلاع الكاذبة من الخلف ثم يديره بقوة مع الجذب ليثقب طرف الكلاب الجلد والانسجة ويصير داخل البطن وحينئذ يكون تقويس الكلاب معانقا للعمود الفقرى فيجذبه الى أسفل وبذلك يمكن اخراجه ولكن هذه الاعمال غير مفيدة ومضرة ولذا استبدلت بالشق البطنى

(فى الشق البطنى أى العملية القيصرية) — العملية القيصرية هى شق الجدار المقدم للبطن والرحم لاخراج الجنين ومتعلقاته اذا لم يمكن اخراجه من المسالك الطبيعية ولو بعد تفتيت الجمجمة ويلزم المولد أن يحطقبل العملية بما سيأتى . أولا متى كان ضيق الحوض بين ثمانية سنتيمترات وتسعة ونصف وكان المجىء بالقمة لزم الانتظار مع وضع الجفت عدة مرات فاذا

لم يفد ذلك تفتت الجمجمة وتخرج الجثة بالجفت . واذا كان المجىء بالمقعدة يلزم المولد الانتظار أيضا وفعل جـذبات جيدة فاذا لم يثمر وأمكن وضع الجفت على الرأس الباقية لزم وضعه والا فتتت الجمجمة وأخرجت . واذا كان المجىء بالكتف لزم فعل التحويل القدمى ثم وضع الجفت على الرأس الباقية عند الاحتياج كما تقدم . ثانيا اذا كان المجىء بالرأس وكان ضيق الحوض بين سبعة سنتيمترات وثمانية لزم وضع الجفت فاذا لم يفد لزم تفتيت الجمجمة وكذلك اذا كان المجىء بالمقعدة وعاقت الرأس انتهاء الولادة لزم تفتيتها فقط أو بعد تقطيع الجنين كما تقدم . واذا كان المجىء بالكتف ولم يمكن رده ولا فعل التحويل يقطع الجنين مالم تفضل المرأة العملية القيصرية لنجاة جنينها المتمتع بالحياة . ثالثا اذا كان الضيق بين ستة سنتيمترات وسبعة وكان المجىء بالرأس يفعل تفتيت الجمجمة البسيط أو المتكرر مالم تطلب المرأة العملية القيصرية لنجاة الجنين . واذا كان المجىء بالمقعدة وكان الجذع خارجا ووقفت الرأس فى المضيق العلوى يقطع الجنين ويتبع بتفتيت الجمجمة . وحيث كان الجنين ميتا فلا تفعل العملية القيصرية الا اذا كان عظيم الجم ولم يمكن اخراجه من المسالك الطبيعية بعد تقطيعه . واذا كان المجىء بالكتف ولم يمكن رده لزم فعل العملية القيصرية اذا كان الجنين حيا أو ميتا كبير الجم واذا كان ميتا غير كبير الجم لزم تقطيعه . رابعا اذا كان الضيق أقل من ستة سنتيمترات ولم يكن الجنين صغيرا جدا تعينت العملية القيصرية أيا كان مجىء الجنين . وعلى كل متى وجدت حالة تستدعى هذه العملية يلزم التفكر فى فعلها قبل حصول الطلق باثنتين وسبعين ساعة لان فى المبادرة منفعة عائدة على الجنين والأم أيضا لانه اذا ابتدأ الطلق قبل الشروع فى العمل بزمن طويل صارت المرأة عرضة لالتهاب مميت تابعى وكذا الجنين يصير عرضة للموت خصوصا اذا سبق العملية أعمال عنيفة أو مستطيلة قصد بها اخراج الجنين كالتحويل أو وضع الجفت ولم تثمر . وينبغى أن تفعل العملية للمرأة فى محل جيد الهواء ثم يفعل لها حقنة مسهلة مساء ليلة العمل وفى الصباح قبل العملية يفعل لها حقنة أخرى شرجية منظفة ومتى تمددت فتحة عنق الرحم يشرع فى العمل * والشق البطنى يقصد منه اما استخراج الجنين ومتعلقاته فقط أو اخراج الرحم بما فيه فالأولى تعرف بالعملية القيصرية والثانية بعملية (بودوا) وفى كلتيهما يلزم قبل الابتداء فى العمل تحضير ما سيذكر . أولا وجود مساعدين من ذوى المعلومية بمقدار كاف لان بعضهم يكون منوطا باستنشاق المرأة الكلوروفورم وآخر اضبط الرحم وتثبيته أثناء الشق ويلزم اثنان لضبط الفخذين يجلسان جانب المرأة ومساعد يضبط

ذراعيها

ذراعيها وجذعها ومساعد لتنشيف الجرح زمن الشق ومساعد لمناولة الآلات ويحضر أيضا ماء مغلى معقم فى حرارة (٤٥) درجة أو أكثر بكمية عظيمة نحو ١٥ لترا وسوائل أخرى معقمة من السليمانى وحمض الطرطيريك ويحضر أيضا جهاز الزروقات وغاز يودوفورمى وقطن معقم بعضه مثل الاقراص والبعض الآخر مثل الكرات وأربطة من شاش معقم ومن فانيلا معقمة ورفائد معقمة وجميع ما ذكر يكون محفوظا بعد تعقيمه فى قطرميزات معقمة لا يخرج منها الا وقت العمل ويكون استخراجها وتناولها بواسطة جفت معقم . ويلزم أيضا تحضير جفت ولادة وخيوط من حرير وخيوط من الكاتجوت غليظة القطر نوعا والجميع يكون معقما جيدا . وكذلك تجهز أنابيب ادرينياج من الكاوتشو الاحمر ومناشف وخرق جافة معقمة دافئة لتغليف الجنين . ومصل صناعى وحقنة لحقنه تحت الجلد . ويلزم أن تكون قاعة العملية معقمة جيدا مرشوشة بسوائل فنيكية وتكون حرارة القاعة زمن الشتاء نحو عشرين درجة وتحضر أيضا مشارط مستقيمة ضيقة النصل ذات زر ومشارط محدبة ومقصات طويلة قوية وعدد عظيم من الجفوت ذوات الضغط المستمر لقطع النزيف العادى وجفوت أخرى طويلة قوية بعضها مستطيل وبعضها منحن وابرة طويلة منحنية ذات يد لتحرك بالارادة وأخرى متوسطة الغلظ وأخرى غليظة للخياطة مع حامل قوى للابر ومجس قنوى من الفضة ورباط من الكاوتشو الاحمر طوله نحو الخمسين سنتيمترا وقطره نحو خمسة ملليمترات وسيوخ من صلب طولها خمسة وعشرون سنتيمترا وقطرها ملليمتر واحد حادة من أحد أطرافها ويد لضبطها وادخالها بواسطتها فى الانسجة . وجهاز الترموكوتير وجهاز الزروقات للغسيل وقساطير مثانية من الفضة هذا مع التيقظ لوجوب تعقيم أيدى المساعدين وأظافرهم وجميع ملابسهم ثم بعد ذلك تقسطر المرأة لاخراج جميع البول الموجود فى مثانتها ثم تعقم أعضاء التناسل وبعد التعقيم يسد الفرج بسدادة من غاز اليودوفورم ثم يغسل جلد البطن بالصابون والماء المغلى السخن بواسطة فرشة ثم بالسوائل المعقمة أيضا ثم تغطى البطن برفائد مضادة للتعفن معقمة . ويلزم أن تكون طاولة العملية نظيفة معقمة وليست كثيرة الارتفاع فتوضع المرأة فوقها ثم تنوم بالكلوروفورم فمتى صارت المرأة فى خدر تام يجلس المولد على يسارها اذا ابتدأ بالشق من أسفل وعلى يمينها اذا ابتدأ به من أعلى ثم يقوم كل من المساعدين بما عهد اليه كما تقدم ثم يأخذ المولد المشرط المحدب ويشق البطن فى الخط المتوسط شقا مستقيما

طوله من (١٥) الى (١٨) سنتيمترا مبتدئا به من أعلى السرة ثم ينزل به ليحيطها من جهتها اليسرى ثم يتبع الخط المتوسط ثانيا بعد تجاوز الشق للسرة من أسفل و يستمر نازلا الى أن يقف أعلى الارتفاق العانى بنحو أربعة أو ثلاثة سنتيمترات . وهذا اذا ابتدأ بالشق من أعلى اما اذا ابتدأ به من أسفل فيكون من أعلى الارتفاق بثلاثة سنتيمترات . وفى كليهما يلزم وضع جفوت ضاغطة على الاوعية النازفة أولا فأولا أثناء الشق أو تربط الاوعية النازفة أولا فأولا والمساعد المستعد للتنشيف يلزم أن ينشف الجرح أولا فأولا برفائد معقمة أو بكرات أو أقراص من القطن المعقم معصورة فبذلك يصير الجرح جافا فيسهل على المولد الشق بكل احتراس . ومتى وصل المولد الى البريتون يلزم ضبطه بطرف الجفت ورفعه الى أعلى ثم يثقبه و يدخل فى تجويفه من هذا الثقب مجسا قنويا وعليه يشق هذا الغشاء فيصير التجويف البطنى مفتوحا فحينئذ يحيط أحد المساعدين فى الحال حوافى الجرح بالرفائد المعقمة السخنة المعصورة جيدا و يكون تناول كل منها بالجفت المعقم كما تقدم فاذا كان هنالك سائل يجففه و يلزم المساعد المثبت للرحم أن يدفع حافتى الجرح البطنى على الرحم الذى يبرز فى الخط المتوسط بين حوافى الشق كفتق ليلصقهما به فحينئذ يشرع المولد فى شق الرحم ولاجل ذلك يلزم أن تكون جدر الرحم موضوعة فى الخط المتوسط بالضبط كما تقدم ثم يجسه باليد بلطف والا انقبض وهذا الجس لادراك المحل الملتصقة فيه المشيمة للتباعد عنها أثناء شق الرحم ما أمكن ثم يشق الرحم فى امتداد طوله من أربعة الى خمسة سنتيمترات و يكون الشق طبقة فطبقة فمتى وصل لتجويفه عقم الاصبع مرة أخرى بمحلول السليمانى ثم يدخله فيه ليبحث تجويفه بسرعة ليعرف محل التصاق المشيمة وعلى هذا الاصبع يقاد المشرط لتوسيع الشق بسرعة من أعلى وأسفل بدون التفات الى الدم النازف واذا أصاب الشق أو القطع جزأ من المشيمة ينبغى الاسراع فى تكملة الشق والوصول الى كيس الجنين لفتحه وقد يشق الكيس أثناء شق الرحم و يعلم ذلك بخروج السائل فجأة على هيئة نافورة فاذا كان شق الكيس متسعا أخرج الجنين بضبط الجزء الآتى نحو الشق ثم جذبه و ينبغى ضبطه بالجفت اذا احتيج اليه ومتى خرج الجنين يوضع جفتان ذوا ضغط مستمر على الحبل السرى فى نقطتين متباعدتين ثم يقطع الحبل بينهما ثم يرفع الطفل و يسلم لاحد المساعدين و يشتغل المولد بالخلاص فيدخل يده فى الرحم و يفصل المشيمة ان لم تكن منفصلة ثم يخرجها بعد ذلك و يستفرغ جميع ما فى الرحم بينما يكون أحد المساعدين موجها نافورة ماء مغلى فى

حرارة

حرارة ٤٥ درجة داخل الرحم لغسله وايقاف النزيف . وأحيانا يفعل مع ماتقدم حقنة تحت الجلد من الارجوتين اذا استمر النزيف فاذا استمر بعد ذلك تؤخذ نشافة معقمة وتلف كرباط حول الرحم ثم تلوى اطرافها كأنه يقصد بذلك اختناق الرحم فاذا كان ايقاف النزيف غير ممكن لزم ربط الرحم من أربطته بالحبل الكاوتشوكا اذا أريد فصله فيقف النزيف لأن ايقاف النزيف ضرورى جدا فى هذه العملية لكونه مخيفا ويحصل دائما فى هذه العملية ولذا يجب على المولد أن يكون محضرا كل مايلزم لايقافه . ومتى تم العمل ووقف النزيف يبحث عن فتحة عنق الرحم فاذا لم تكن كافية الاتساع لخروج السوائل الرحمية يلزم أن توضع فيها أنبوبة ادرينا ج لتتصل بالمهبل بطرفها السفلى وأما طرفها العلوى فلا ينبغى أن يتجاوز فتحة عنق الرحم الباطنة كثيرا ثم ينظف الرحم ويعقم ويجفف باطنه ومتى تأكد المولد من وقوف النزيف بعد التعقيم والتجفيف الأخير تفعل الخياطة بحيث يكون بعضها غائرا والبعض سطحيا فالخياطة الغائرة تكون بالخيط الحرير المعقم بواسطة الابرة الكبيرة المنحنية وأول غرزة تكون فى الطرف العلوى لجرح الرحم أسفله بسنتيمتر واحد بحيث تشمل جميع سمك الجدر ثم الابتداء بها يكون بعيدا عن حافة الجرح بسنتيمترين وهكذا تكون الغرز التى تليها الى أن يصل الى الطرف السفلى للجرح وكل غرزة تكون بعيدة عن الاخرى بسنتيمتر واحد والخياطة السطحية تكون نصف غائرة تقريبا وتفعل بخيط الكاتجوت نمرة (١) وكل غرزة تكون بعيدة عن الأخرى بنصف سنتيمتر ومتباعدة عن حافة الجرح بسنتيمتر ومتى تمت خياطة الرحم يغسل البريتون ويعقم ثم تخاط جدر البطن خياطة غائرة وسطحية أيضا فبالغائرة يضم البريتون والألياف العضلية وبالسطحية تضم حوافى الجرح البطنى ثم بعد ذلك ينظف ويعقم محل الجرح والخياطة ثم يذر عليه مسحوق اليودوفورم ثم يوضع الغيار المكون من الغاز اليودوفورمى والقطن المعقم ثم الرفائد المعقمة وبعد ذلك يغسل ويعقم المهبل . ويوضع على الفرج كمية من الغاز اليودوفورمى والقطن المعقم ويحفظ غيار البطن بلفافة بدنية والغيار الفرجى برباط تائى ثم تنقل المرأة الى فراشها وتترك فى راحة تامة ولا يعطى لها مدة الثلاثة أيام الاول الا اللبن والمرق والغيار لا يرفع الا ثالث يوم بدون أن تحل الخياطة وحلها لا يكون الا بعد اليوم الرابع عشر الى الحادى والعشرين

(فى بتر الرحم) - يبتر الرحم الشامل لمتصل العلوق من أعلى اندغامه المهبلى . ويلزم لبتره تحضير كافة ماذكر فى العملية القيصرية . فمتى تم التحضير والتعقيم وتنويم المرأة فعل

الشق البطنى القيصرى بالطريقة المتقدمة لكن يكون هذا أكثر طولا ليتجم عن ذلك فتحة تسمح لخروج الرحم بمشتملاته بدون مشقة . فمتى تم شق الجدار البطنى والبريتون وانكشف الرحم وجب على المساعد المثبت للرحم أن يدفعه الى الامام ليخرج من تجويف البطن أثناء مايكون المساعدان الجانبيان ضاغطين ومقربين حافتى الشق البطنى من بعضهما خلف الرحم وبذلك يمنعان بروز العرى المعوية الى الخارج وحينئذ يأخذ المولد حبل الكاوتشو فيلف به الرحم مرتين فى محاذاة اجتماع الجزء السفلى لجسمه بعنقه . ويكون هذا اللف بقوة ثم يصالب طرفى الرباط ثم يضع فوقهما جفتا قويا اذا ضغط مستمر ثم يلف على هذين الطرفين خيطا آخر مزدوجا بشدة قوة أيضا ثم يعقد عقدة مزدوجة فالرباط الاولى الوقتى يصير بعد الشد القوى والعقد رباطا نهائيا فيرفع الجفت حينئذ ثم يبتر الرحم بمشرط قوى أو بمدية بترا أو بمقص أعلى الرباط باصبعين ثم بعد ذلك يستأصل الجزء الغشائى الذى بوزمن مركز العص بعد البتر . واذا كانت الحالة عفنة يلزم بعد البتر كى سطح الجرح بواسطة الترموكوتير . وبعد تتميم ماذكر يلزم المولد أن ينفذ فى العص أسفل الرباط سيخين أحدهما بعد الآخر بكيفية بها يصيران متصالبين فى مركز العص ثم بعد ذلك يلزم تقريب حافتى البريتون من بعضهما لمحوقة القطع الرحمى ويخاطان حول دائرة العص أسفل الرباط والسيخين ثم تضم حوافى جرح البطن بالخياطة كماذكر فى العملية السابقة ثم يذر على الجرح المخيط وعلى قمة القطع الرحمى الباقى فى الخارج مسحوق اليودوفورم ثم يغلف الجرح ويحاط أيضا عنق القطع الرحمى بالغاز اليودوفورمى ثم يوضع جزء من القطن المعقم الجاف أسفل أطراف السيخين بينهما وبين جلد البطن ثم يذر على ذلك مسحوق اليودوفورم أيضا ويغلف الجميع بالقطن المعقم ثم يحفظ ذلك برباط بدن معقم . ثم بعد بضعة أيام من العمل يقع العص الموجود أعلى الرباط فى غنغرينة فاذا كانت جافة (وهو الغالب) كان ذلك جيدا لصحة المرأة واذا كانت رخوة نجم عنها افرازات عفنة فيلزم مقاومتها باستعمال مضاداتها بكل همة ودقة كما يلزم فصل الاجزاء الميتة أولا فأولا لسرعة الشفاء . واذا حصل نزيف من جرح العص بعد وضع الرباط الاول عليه لزم وضع رباط آخر فوق الاول أو يخاط الجزء النازف . وعلى العموم يلزم بعد العمل غسل الفرج وتعقيمه ويكرر ذلك يوميا وبعد كل تبول للمرأة أما غيار الجرح فلا يرفع الا فى اليوم الثامن من العمل . وعادة لا ترفع غرز خياطة جدر البطن الا فى نحو الاسبوع الثالث فيسقط العص ويخلفه ندبة سرية تخينة (والعملية القيصرية أفضل من البتر)

فى

﴿في العملية القيصرية بعد الموت﴾ — اذا ماتت المرأة لا يعيش جنينها بعد موتها الا من عشر دقائق الى اثنتي عشرة . فمتى وقف قلبه ومضى عليه خمس أو ست دقائق لا يمكن رد الحياة اليه ولذا لا يفعل المولد العملية القيصرية للمرأة الميتة الا اذا تحقق بالتسمع أولا أن الجنين حي وانه قابل للمعيشة خارج الرحم . وثانيا اذا تحقق بالجس المهبلي انه لا يمكن الاسراع باخراجه من الطريق الرحمي المهبلي ولو شق عنق الرحم شقا متسعا . فمتى تأكد من ذلك ورأى لزوم العملية القيصرية شرع في فعلها بكل دقة كما اذا كانت المرأة حية اذ ربما كان الموت ظاهريا لا حقيقيا

﴿في استخراج متحصل الحمل خارج الرحم﴾ — اذا صارت المضغة خارج التجويف الرحمي يندر أن تعيش ليتم نموها بل في الغالب يتمزق كيسها قبل الشهر الخامس فيخرج المتحصل منه في تجويف البريتون مع كمية كثيرة أو قليلة من الدم والماء الامنيوسي . فاذا لم يتمزق الكيس واستمر نموها الى انتهاء مدة الحمل خرج المتحصل من الطريق الطبيعي وبالانقباضات الرحمية الذاتية وحدها أو بمساعدتها بوضع الجفت . وقد لا يخرج من الطريق الطبيعي فيلتجأ لاخراجه بالشق البطني كما تقدم . ففي الحالة التي يمكن انتهاء الولادة فيها من المسالك الطبيعية تكون البيضة الملقحة إما واقفة في جزء البوق المار من الزاوية الرحمية وإما في نفس سمك الجدر الرحمية فتنمو هناك فيتمزق البوق أو الالياف الباطنية الرحمية بعد ذلك وينتهي متحصل العلوق مع كيسه بالظهور في تجويف الرحم بحيث يشغل هذا التجويف وقت الولادة وفي هذه الحالة لا توجد تعسرات ولا شيء خاص بالحمل خارج الرحم ويكون ارشاد المولد فيها كالعادة أما اذا لقحت البيضة بعيدا عن الرحم والبوق فلا يمكن فيها انتهاء الولادة من المسالك الطبيعية . فاذا وصل الحمل الى الشهر السابع من النمو (وان كان ذلك نادرا) كان المتحصل في تجويف البطن لا في تجويف الرحم وحينئذ فدلالة العمل تختلف باختلاف موته وحياته وموضعه وحالة الكيس بالنسبة للتمزق وعدمه . فمتى كان الجنين حيا ولم يتمزق كيسه ولم يطرأ عارض يدعو لسرعة العمل ينتظر الطلق فمتى حصل فعل الشق البطني وأخرج الجنين كما تقدم . واذا كان ميتا ولم يتمزق الكيس ينتظر ظهور أحد العوارض التي تنجم عن وجود الجثة الميتة داخل البطن فاذا حصل الطارئ أسرع بالعمل خصوصا اذا كان ظواهر التهاب بريتوني فيفعل الشق في النقطة التي يكون فيها الكيس أكثر وضوحا وتارة يكون ذلك قرب الرحم وتارة يكون قرب المهبل نحو احدى

الحفرتين الحرقفيتين فاذا كان بروز الكيس أكثر وضوحا فى المهبل فعل فيه الشق واذا كان فى المستقيم فعل فيه وأخرج الجنين بالجفت فاذا تعذر الخروج ترك ويقتصر على فعل الزروقات المعقمة فيتعفن الجنين وينزل قطعا مع سوائل الزروقات من الفتحة المهبلية أو الشرجية وهكذا يكرر هذا العمل مرتين أو ثلاثا فى اليوم حتى يتم خروج أجزائه فتشفى المرأة أما اذا لم يمكن الوصول للكيس من المهبل أو المستقيم فيلزم فعل الشق البطنى فى الجلد والعضل بدون أن يشق البريتون فيلتصق الكيس بعد يومين ببريتون حوافى جرح البطن ثم يفتح الكيس ويخرج الجنين بعد ذلك . وأما اذا تمزق الكيس وكان الجنين حيا فيسرع فى فعل الشق البطنى واخراجه والايموت ويحصل التهاب بريتونى عفن لدى الام كما انه ينبغى الاسراع فى العمل اذا كان الكيس ممزقا والجنين ميتا فاذا حصل الالتهاب البريتونى قبل العمل لا يلزم الشق الا بعد وقوف الالتهاب اذ بالشق يزداد فطالما ينجم عنه نضح يلصق البريتون بالمنفصل ويحده ويكون له كيسا ثم يؤول المنفصل الى خراج وبفتحه تخرج أجزاؤه قطعا متقيحة . أما اخراج الجنين من البطن أو الرحم بقطع الارتفاق العانى فلا نتكلم عليه لصعوبة عمله وعدم نجاحه

(فى الولادة المعجلة الذاتية) - الولادة المعجلة الذاتية هى خروج جنين غير تام المدة قابل للعيشة خارج الرحم . والظواهر الميخانيكية لهذه الولادة هى ظواهر الولادة العادية لكن انقذاف الجنين هنا يكون أسهل وأسرع اذا كان المجىء طبيعيا والولادة المعجلة تنجم عن وجود مرض ولذا قد تكون خطرة على الام . ومتى حصلت هذه الولادة للمرأة ولو مرة واحدة صارت مستعدة لأن تلد بهذه الكيفية دائما ما لم يزل المرض الناجمة عنه هذه الولادة المعجلة . والاسعافات التى تلزم للمرأة فى هذه الولادة هى التى تلزم فى الولادة التامة المدة . أما الاسعافات التى تلزم للطفل لضعف بنيته فسنتكلم عليها فى بابها

(فى الولادة المعجلة الصناعية) - تفعل الولادة المعجلة الصناعية بطريقتين . الاولى غايتها اخراج الجنين حيا بالتحويل قبل ان تستعد أعضاء التناسل لقذفه وخروجه ولذا سميت (هذه الطريقة السريعة) أو الولادة القهرية . الطريقة الثانية غايتها تحريض الانقباضات الرحمية الطبيعية لقذف الجنين وتسمى الطريقة البطيئة أو الولادة المحرضة

(فى الولادة القهرية) - يلتجأ لفعل الولادة القهرية لايقاف النزيف الرحمى الخطر الذى

يحصل

يحصل فى الاشهر الاخيرة من الحمل أو لزوال الا كلمبسيا أو لايقاف بعض عوارض خطرة مميتة للام و جنينها . ومع ذلك فهذه الولادة نادرة العمل وفيها تشق فتحة عنق الرحم لتوسيعها وادخال اليد لعمل التحويل ثم جذب الجنين واخراجه ومعلوم أن التشنجات تسكن بالتخدير وتزداد بألم الشق ولذا لا تفعل الا للضرورة مع التعقيم الجيد

((فى الولادة المحرضة)) - تفضل الولادة المحرضة على الولادة القهرية لانه لا يموت فيها الا امرأة من خمس عشرة و بنحو خمسة عشر جنينا من ثلاثين وهى تفعل لايقاف نزيف خطر أو فى متعاص أو ضيق فى الحوض أو لتجنب اختناق الأم فى أحوال استسقاآتها البطنية أو لتناقص الاعراض الناجة عن أمراض عضوية للقلب أو للا ورطة أو لزوال نوبة الا كلمبسيا ثم ان زمن اجراء العملية يختلف باختلاف السبب الموجب لفعلها أما الوسائط التى بها تحرض الولادة فهى أولا بط كيس الجنين . ثانيا التمدد الميخانيكى لعنق الرحم بواسطة الاسفنج المحضر أو جذور اللامينار يا المعقمة . ثالثا السد المهبلى . رابعا اطلاق نافورة من ماء حار على فتحة عنق الرحم . خامسا فصل الجزء السفلى لكيس الجنين من الجزء السفلى لجدر الرحم

((فى بط الكيس)) - يلزم المولد قبل الشروع فى العمل فعل التعقيم كما هى القاعدة ثم بط الكيس حال وقوف المرأة أو استلقائها على ظهرها وذلك اما أن يكون فى جزء الكيس الموجود أعلى فتحة عنق الرحم أو فى الجزء العلوى منه فاذا كان فى فتحة عنق الرحم فعل ذلك البط إما بواسطة المجس الرحمى العادى أو بريشة أوزة مبرية على هيئة قلم أو بواسطة آلة بازلة منحنية قليلا فاذا كان العمل بواسطة المجس الرحمى أو الريشة يبط الكيس فجأة فى فتحة عنق الرحم واذا كان بواسطة الآلة البازلة (وهى الافضل) يخرج سهمها ثم تدخل أنبوبة الآلة فى المهبل ثم فى عنق الرحم الى أن تجاوز فتحته وتلامس كيس الجنين وحينئذ يدخل السهم فى الانبوبة الى أن يلامس الكيس فيبطه فجأة ويعرف الوصول الى باطن الكيس بزوال المقاومة ثم بعد ذلك يخرج السهم فيسيل الماء الامنيوسى فمتى خرج منه مقدار ملعقتين أخرجت الانبوبة لان ابقاء جزء من السائل داخل الرحم ضرورى لتمدد فتحة عنقه أو يبط فى الجزء العلوى للكيس لابقاء كمية عظيمة من السائل الامنيوسى داخله ولكن قد يقع البط على المشيمة فينجم عنه نزيف غزير والبط يكون بواسطة الآلة

البازلة شكل (١٨١) التى طول أنبوبتها من (٣٥) الى (٣٦) سنتيمترا وسمكها من (٣) الى (٥) ملليمترات منحنية على هيئة قوس ويوجد فى الطرف السفلى أى اليد لهذه الانبوبة من جهة التحدب حلقة بها يعرف اتجاه الانبوبة وبها تثبت أيضا وقت العمل . ولهذه الانبوبة سهمان . أحدهما ذو طرف مستدير غير قاطع . والآخر ذو طرف حاد قاطع فالسهم الاول يوضع فى الآلة قبل ادخالها فى الرحم لعدم جرح أعضاء التناسل وقت ادخالها . والسهم الثانى لا يوضع فى الآلة الا بعد ادخالها فى الرحم واخراج السهم الاول فتصير الآلة كما فى شكل (١٨٢) وكيفية ادخال أنبوبة هذه الآلة هى أن تلقى المرأة على ظهرها ثم يفعل التعقيم كما تقدم ثم تدخل الآلة المعقمة مع سهمها المثلم مقادة بسبابة اليد اليسرى أو بعد وضع منظار فى المهبل ثم يخرج المنظار وتوجه الآلة تابعة للجدار الخلفى للرحم الى أن تصير حلقة طرف الانبوبة ملامسة للفرج فتوجه حينئذ هذه الحلقة جهة العجان ثم يخرج السهم الموجود داخلها ويستبدل بالسهم ذى الطرف الحاد وحينئذ يبط كيس الجنين فى جزئه العلوى ثم يخرج هذا السهم فيسيل ماء الامنيوس فتى خرج جزء منه أخرجت الانبوبة ولكن لا افضل بط الكيس فى جزئه السفلى كما تقدم لانه لا تصاب المشيمة بذلك

شكل (١٨١)

﴿فى التمدد الميخانيكى لعنق الرحم﴾ - يلزم لفعل هذا التمدد أن تلقى المرأة على ظهرها وان تعقم أعضاؤها كما سبق ثم يؤخذ مخروط من الاسفنج المحضر طوله (٤) سنتيمترات ونصف وحجم قاعدته سنتيمتر ونصف أو قلم من اللاميناريا وجميعها معقم ثم يمسك ذلك بواسطة جفت طويل منحن معقم ذى حلقات كما هو واضح فى شكل (١٨٣) ثم يدخل المولد سبابة يده اليسرى فى المهبل الى أن يصل لفتحة عنق الرحم . فتى وصل لها يدخل المخروط أو القلم

شكل (١٨٢)

انظر شكل ١٨٣ فى صحيفة ٢٣٣

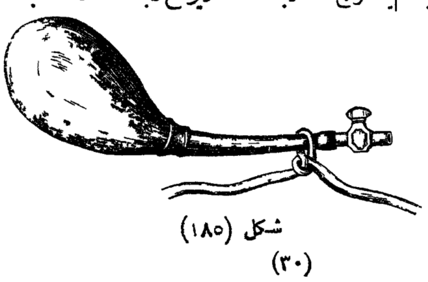
القلم ممسوكا كل منهما بالجفت تابعا لراحة السبابة الى أن يصل لفتحة عنق الرحم ليدخله فيه وحينئذ يدفعه داخلها بقوة متوسطة ثم يحفظ المخروط أو القلم فى هذا الوضع بطرف السبابة الموجو فى المهبل ثم يخرج الجفت ويدخل به فى المهبل قطعا من قماش أو قطن معقم الى أن يمتلىء المهبل وذلك لحفظ المخروط أو القلم داخل عنق الرحم ثم يوضع على الفرج رباط ثانى وتؤمر المرأة بحفظ الوضع الظهرى الافقى وقد يستبدل الجفت بساق معدنى ذى طرف حاد يدخل فى قاعدة المخروط كما فى شكل (١٨٤) ويوجد دائما فى قاعدة المخروط أو فى طرف اللاميناريا خيط معد لاخراجه عند الاحتياج



شكل (١٨٤) شكل (١٨٣)

. وإذا وضع المنظار قبل وضع المخروط فى عنق الرحم كان أتم وهكذا يفعل كل يوم حتى يبتدئ الطلق

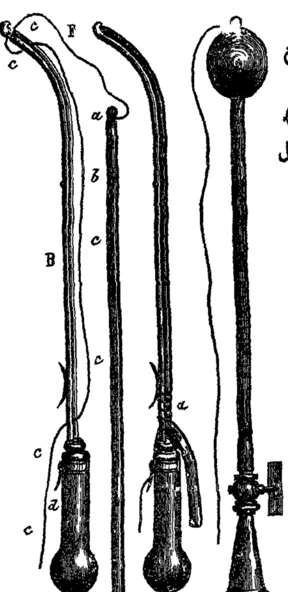
((فى السد المهبلى)) - يلزم قبل فعله استفراغ المثانة والمستقيم وفعل التعقيم ثم تلقى المرأة على ظهرها ويدخل منظار فى المهبل ثم يملأ بكرات من قطن معقم ومدهونة بمرهم بوريكى ومربوطة من وسطها بخيط ثم يخرج المنظار بعد ذلك ويوضع رباط ثانى وقد تستبدل الكرات بكيس من الكاوتشو يدخل فى المهبل فارغا ثم يملأ بسائل فاتر بواسطة حقنة ويسد ربط طرفه أو غلقه بحنفية كما فى شكل (١٨٥)



شكل (١٨٥)

ويمكن ادخال جزء آخر من الماء في الكيس بعد كل أربع ساعات لازدياد ضغطه كلما ازداد حجمه وهكذا الى أن يبتدئ الطلق وحينئذ يستفرغ السائل ويخرج الكيس

(في عمل نافورة الماء الحار) - يلزم أولا فعل التعقيم ثم يؤخذ جهاز الزروقات وهو اناء أو كيس أو كوز أو قمع موشح بلى طويل ينتهى بحنفية تركب عليها أنبوبة رحمية من زجاج قطرها أربعة سنتيمترات ذات فتحة واحدة نهائية ثم يملأ الجهاز بماء حرارته من (٣٨) الى (٤٥) درجة مئينية ثم تلقى المرأة على ظهرها على طرف سريرها ويوضع تحت مقعدتها مشمع متصل باناء معد لقبول السائل الخارج من المهبل أو يوصل به جهاز آخر معد لتوصيل السائل الخارج الى الاناء كما تقدم ثم يجعل جهاز الزرق أعلى من مستوى المرأة بمترين ثم يجلس المولد بين ركبتيها ويدخل الانبوبة الرحمية في المهبل الى أن تقرب من فتحة عنق الرحم ثم تفتح الحنفية فيؤثر السائل بقوة انحداره على تلك الفتحة ويستمر على العمل من (١٠) الى (١٥) دقيقة ويكرر ذلك في اليوم من ثلاث مرات الى أربعة واذا وضع المنظار في المهبل قبل الحقن كان أتم



شكل ١٨٦ شكل ١٨٧ شكل ١٨٨
الكروى

(في فصل الجزء السفلي لكيس الجنين)

يلزم لفصله اضطجاع المرأة على ظهرها وعمل التعقيم ثم يدخل مجس من الصمغ المرن بين كيس الجنين وجدار الرحم الى عمق يختلف من (١٨) الى (١٩) سنتيمترا ثم يخرج فان لم يعقب ذلك حصول الطلق كرر هذا العمل مرة ثانية وثالثة حتى يحصل . وقد يترك المجس داخل الرحم الى حصوله وقد يحقن داخل الرحم بكمية من ماء القطران أو سائل معقم آخر بعضهم بواسطة المجس وبعضهم يجريه بواسطة أنبوبة تنتهى بجزء كروى من كاوتشو مكبرت كما في شكل (١٨٦) *(وتوضع هذه الانبوبة في ميزاب ساق معدني شكل (١٨٧) معد لسهولة مرورها داخل الرحم والجزء

الكروى يتمدد بالنفخ فيه أو بالحقن داخله بسائل حتى يصير على هيئة كرة كما فى شكل (١٨٦) المتقدم والانبوبة الكاوتشية مع كرتها هى المحصورة بين (آ) و (ب) من شكل (١٨٨) ومربوطة من نهايتها بخيط نافذ فى الثقب الاول للساق المعدنى المشاراليه بالحرف (ب) الكبير من شكل ١٨٨ ثم فى الثقب الثانى ثم فى الميزاب ثم فى الثقب الثالث من هذا الساق وبذلك يتبع الطريق المشار اليها بحرف (ث) فتى جذب طرف الخيط دخلت الانبوبة فى ميزاب الساق المعدنى حتى تختفى فيه وتبقى محفوظة بهذا الوضع مادام الخيط مشدودا ثم يلف طرف الخيط حول المشبك الموجود نحو يد الساق المعدنى المشاراليه بحرف (آ) شكل (١٨٧) المتقدم فحينئذ تكون الآلة كجس عادى)* وكيفية العمل أن تدهن تلك الانبوبة بالمرهم البوريكى وتدخل فى المهبل ثم فى الرحم وبعد ذلك يحقن فى طرفها الخارجى كمية من الماء فتتمدد الكرة وتصير كما فى شكل (١٨٦) المتقدم ثم يسد بغلق حنفيته لمنع رجوع السائل الى الخارج ثم يفك الخيط من المشبك ويجذب الساق المعدنى بدون جذب الخيط فيخرج وتبقى الكرة داخل الرحم بسبب تمددها بالسائل . وتوجد آلة أخرى أبسط من تلك الآلة وهى تتكون من أنبوبة من الكاوتشو ذات طرف انتهائى رقيق مشاراليه بحرفى (آ) و (ث) شكل (١٨٩) ومن سهم منحن مشاراليه بحرف (ب) من شكل (١٨٩) أيضا فتدخل هذه الانبوبة بسهمها فى الرحم وبعد وصولها داخله يخرج السهم ثم يركب على طرفها الخارجى حقنة يحقن بواسطتها من ملعقة الى ملعقتين من ماء فاتر ثم يربط الطرف الخارجى للانبوبة قبل رفع الحقنة . وعلى العموم فهذه الطرق هى التى تستعمل فى أغلب الاحوال لتحريض الولادة من الشهر السابع الى التاسع بدون خطر فى الغالب بالنسبة لماعداها . وأما ترجيح بعضها على بعض فيتعلق بحالة المرأة . ومهما كانت الطريقة المستعملة فتى صار الطلق قويا منتظما تترك الولادة ونفسها مالم يوجد عرض يلجئ لفعل التحويل أو استعمال الجفت

ROBERT ET COLLIN

شكل (١٨٩)

ولاجل معرفة زمن الحمل الذى فيه ينبغى فعل الولادة المعجلة يلزم أولا

معرفة أقطار الحوض قبل وصول الحمل الى الشهر السابع ومقابلتها باقطار رأس الجنين فى أشهره المختلفة . فالقطر الممتد من حدبة جدارية الى الاخرى بجنين عمره سبعة أشهر يكون من ستة سنتيمترات ونصف الى سبعة سنتيمترات . ولمن عمره سبعة اشهر ونصف يكون سبعة سنتيمترات ونصفا . ولمن عمره ثمانية أشهر يكون ثمانية سنتيمترات . ولمن عمره ثمانية أشهر ونصف يكون ثمانية سنتيمترات ونصفا . ولمن عمره تسعة أشهر يكون من تسعة سنتيمترات الى تسعة ونصف وقد توجد استثناآت فيها تكون الرأس أكبر أقطارا مما ذكر

(فى تحريض الاجهاض) ـ توجد أحوال فيها يكون الحوض ضيقا جدا بحيث لايمكن الانتظار الى الشهر السابع كى تفعل الولادة المعجلة لانه حينئذ لايمكن خروج الجنين من المسالك الطبيعية الا باجراء عمليات أخرى قد تكون خطرة على الام . فمثلا اذا كان قطر الحوض أقل من ستة سنتيمترات ووجد به ورم غليظ ثابت لايمكن استئصاله أو استسقاء أمنيوسى عظيم أو وجد الرحم مائلا الى الخلف وغير ممكن تعديله أو طرأ على المرأة نزيف أو قىء متعاص بان لزم تحريض الاجهاض . ويختلف زمن فعله باختلاف هذه الاحوال . وللتحريض طرق أربعة ويلزم قبل الشروع فى العمل فعل التعقيم فى كل منها . الاولى أن يحضر المولد مجسا من الصمغ المرن مع سهمه فيدخله فى المهبل ثم فى الرحم فيفصل به كيس الجنين فصلا حلقيا فى نصفه السفلى مع الاحتراس من التمزق ما أمكن . وقد يمكن استبدال المجس بالاصبع لفصل الكيس . الثانية ادخال مجس فى الرحم أو آلة بازلة لثقب الكيس واخراج جزء من السائل الامنيوسى وبذلك يحصل الاجهاض . الثالثة أن يدخل فى فتحة عنق الرحم قطع من الاسفنج المدبر أو قلم من اللامينار يا فتتمدد الفتحة فينقبض الرحم ويقذف ما فى تجويفه وهذه الطرق الثلاث جيدة لسهولتها وقلة خطرها . الرابعة أن يحضر جهاز الزروقات ويملأ بماء حار درجته من (٣٨) الى (٤٥) ثم توجه النافورة الحارة على فتحة عنق الرحم كما سبق فى الولادة المحرضة . ولكن هذه الطريقة غير مضمونة النجاح

(فى الجويدار) ـ الجويدار لاينجم عنه حصول الانقباضات الرحمية الا أنه يقويها اذا وجدت ويحرضها اذا وقفت وهذه الخاصية لاتكون فيه الا اذا سحق عند الشروع فى تعاطيه والا فقدها اذا مضى عليه زمن طويل بعد سحقه . ومقدار تعاطيه يكون من جرام ونصف الى جرامين . فيعطى للمرأة نصف جرام فى كل خمس عشرة دقيقة ولا يظهر فعله الا بعد

هذه

هذه المدة . أما زمن تعاطيه فيكون على العموم بعد خروج الخلاص اذا وجد نزيف ووقفت الانقباضات الرحمية وتعاطيه مدة خروج الجنين مضر جدا بل مميت للجنين اذا استمر الانقباض نحو ثلاث ساعات ولم يخرج ولذا يلزم الاسراع فى اخراجه بالجفت ان لم يخرج بعد تعاطى الكمية المذكورة . وبالجملة فيلزم تجنب تعاطى الجويدار فى الاحوال الآتية . أولا اذا كان الحوض ضيقا أو رأس الجنين عظيمة الجم . ثانيا اذا كان نوع المجىء غير معروف أو كان معيبا كالمجىء بالوجه أو بالكتف أو بغيرهما . ثالثا اذا وجد عائق فى فتحة الرحم أو فى المهبل أو فى الفرج أو فى العجان لمرور الجنين . رابعا اذا كانت فتحة عنق الرحم غير تامة التمدد . خامسا اذا كانت الفتحة تامة التمدد الا أن جيب المياه لم ينفجر

(فى استعمال الكلوروفورم أثناء التوليد) - قد دلت التجارب الفسيولوجية على ان الرحم كالعضلات القلبية والتنفسية يفقد احساسه بالغازات المخدرة بحيث لا يفقد خاصية الانقباض الا اذا تجاوز التخدير الحد المعلوم ولذا يستعمل فى التوليد عند العصبيات اللاتى يتألمن من الطلق ويخشين آلامه ولدى المصابات بنوبة الاكلبسيا واللاتى تعمل لهن احدى عمليات التوليد الصعبة بدون تخدير المرأة الى أن تفقد الادراك ويكون ذلك بتقريب الرفادة المبلولة بالكلوروفورم نحو أنفها مدة آلام الطلق الحقيقية وتبعد عن الانف زمن الفترات وفى كل مرة لا يصب على الرفادة الا بعض قطرات منه ويلزم تبعيد الرفائد عن الانف أيضا كلما ابتدأ الاحساس الجلدى فى الضعف وبهذا العمل يمكن استمرار التخدير جملة ساعات بدون خطر ويلزم قبل استنشاقها أن تكون معدتها خالية من المأكولات ومثانتها خالية من البول وينظف المستقيم بحقنة منظفة ويفعل التعقيم وهى ملقاة على ظهرها ويوسع كل ملبوس يكون ضاغطا على عنقها أو بطنها أو صدرها . ويلزم تجنب استعمال الكلوروفورم عند المصابة بأمراض قلبية أو رئوية أو كلوية أو بالانيميا المتقدمة وكذلك يلزم تجنبه عند المستعدة للاحتقان المخى سيما المصابات بلينه والمستعدات لحصول الاغماء ولو لم يكن بهن أحد الامراض المتقدمة وهذا ضرورى لانه اذا استعمل التخدير بالكلوروفورم لامرأة مصابة بشئ مما تقدم حصل لها الاغماء ثم الموت . وقد تموت المرأة باستنشاقه مع عدم وجود شئ مما تقدم فيكون الموت ناجما إما عن عدم وجود الاوكسجين فى هواء الشهيق أو عن السنكوب (وقوف القلب) فاذا طرأ هذا العارض يلزم فى الحال تبعيد الكلوروفورم عنها وفتح المنافذ والترويح على وجهها بقوة

وإشمامها روح النوشادر وجذب اللسان وارخاؤه على التوالى جملة مرات أو الضغط على الصدر وانقطاعه بالتوالى أووضع الاصبع فى الفم الى الحلق أو النفخ فى الحنجرة بالفم أو بالآلة النافخة . ويمكن اضعاف احساس الفرج زمن خروج الرأس بمسه بمحلول مكون من أربعة من الكوكايين ومائة جرام من الماء وذلك بواسطة فرشة ناعمة أو يحقن من هذا المحلول بنحو نصف جرام فى باطن كل من الشفرين العظيمين أو برزز كلورور الميتيل

((فى كحت الرحم النفاسى)) ـ اذا استمر النزيف بعد الخلاص وتعاصى على العلاج فعل الكحت الرحمى كما تقدم . ويكون بكاحت مثلم وقبل الشروع فى العمل يلزم تحضير الكاحت ومنظار ذى فلقة للعلم (سمس) أومنظار عادى وتحضير جفت طويل لتثبيت الرحم وجهاز الزروقات مع مجس رحمى مدرج وكذلك أنبوبة رحمية من كاوتشو والأحسن أن تكون من زجاج قمتها تنتهى بفتحة واحدة كما تقدم وكذا يلزم تحضير قساطير مثانية وماء مغلى بكمية كافية وشاش يودوفورمى ومحلول سليمانى للتعقيم ومحلول آخر مركز من الايتير اليودوفورمى وكذلك محلول حمض الفنيك . ثم يعلق جهاز الزروقات فى مرتفع ثم يمر بالكاحت على لهب لمبة ثم يغمس فى محلول الايتير اليودوفورمى ثم يوضع هو والمنظار والمجس المدرج وجفت التثبيت فى اناء محتو على محلول الفنيك وهذه الادوات يلزم أن تكون على يمين المولد ثم تستلقى المرأة على سريرها بالعرض وتستفرغ مثانتها بالقساطير ثم تعقم اعضاء تناسلها وكذا أيدى المولد ثم يأخذ المنظار فيفتح الفرج ويدفعه فى المهبل ثم يسلمه الى مساعد يسنده ويضغط به على الجدار الخلفى للفرج والمهبل فيتمدد وحينئذ يأخذ جفت التثبيت ويضبط به الشفة الخلفية لعنق الرحم بدون جذب ثم يسنده بيده اليسرى ثم يأخذ المجس المدرج فيدخله فى الرحم ليقيس تجويفه حتى يعرف مقدار اتساعه ثم يخرجه ويأخذ الكاحت بيده اليمنى ثم يدخله فى الرحم فيكحت جدره فى جميع أجزائها بحافة ملعقته باتجاه يوازى اتجاه جدار الرحم من أعلى الى أسفل بدون أن يخدش نسيجه وكلما كحت المولد جزأ من الجدار أخرج الكاحت وغمس ملعقته فى السائل السليمانى مع هزها فيه ليخلصها من مواد الكحت المالئة لها ثم بعد التنظيف تدخل ثانيا وتكحت الاجزاء الاخرى وهكذا الى أن يكحت جميع الجدر الرحمية . ولا يوقف فعل الكحت الا اذا خرجت الملعقة نظيفة . ويمكن توجيه نافورة ماء معقم داخل الرحم عقب كل دفعة تخرج فيها الملعقة لتنظيفها كما أنه يلزم بعد انتهاء الكحت غسل باطن الرحم بالماء المغلى لاخراج المادة الدموية وغيرها ثم يعقب ذلك

ذلك بالغسل بماء مغلى حار جدا او مضاف اليه قليل من السليمانى . ثم يسد فتحة المهبل بالشاش اليودوفورمى

﴿المقالة الخامسة﴾

﴿فى وقاية المرأة من الامراض العفنة النفاسية زمن الحمل والنفاس﴾

قد ثبت بالتجربة وأكد بالمشاهدة أن كلا من الحمل والنفاس يهيئ المرأة للتأثر بفعل المكروبات المرضية التى تصل بأحد الحوامل الاربعة وهى الهواء والماء والامتعة وأمراض اعضاء تناسل المرأة . ولهذا يجب التحفظ عليها من مضارها زمن الحمل والنفاس باختيار المسكن الجيد الهواء والامتعة النقية والمياه المعقمة إما بالترشيح أو بالغلى فى أحد الاجهزة المعدة لذلك وان لم يتيسر ففى اناء مدهون بالمينا على لهب المصباح الكؤلى العادى . ويمكن تأخير غليان الماء لدرجة (١٣٠) باضافة جانب من بى كربونات الصودا أو البوتاسا أو ملح الطعام بنسبة (٢٠) فى الألف فيتحصل بذلك على ماء عقيم معقم لغيره . ولتعقيم الادوات المعدنية توضع فى الجلسرين ثم يغلى وهذا أضمن لحفظها من التأكسد وآكد لتعقيمها لتأخر غليانه لدرجة (١٨٠) أو توضع الآلات على الجزء العلوى من لهب المصباح بعض دقائق . وباتخاذ هذه الاحتياطات يؤمن على الحامل والنفساء من العدوى . وقد يلتجأ لتعقيم الآلات بالمعقمات وهى إما طبيعية كالحرارة الجافة وذلك بوضع الادوات المراد استخدامها فى أفران التعقيم الخاصة ثم ترفع حرارتها للدرجة المطلوبة فتخرج منها عقيمة وإما كيماوية مختلفة القوة والتأثير حسب الظروف والمناسبات والخواص وجميعها مستحضرات أقرباذينية يأمر باحضارها المتولى للتوليد بمقتضى تذكرة يجب التأشير فى نهايتها بلزوم الكتابة على الزجاجة انه سم يستعمل من الظاهر . وفى حال عدم توفر المستحضرات تستعاض بجزء من الكؤل أو الكونياك أو العرقى أو الخل أو عصارة الليمون وحدها أو مع الماء المغلى فيعقم بها اذا كانت كثيرة التركيز

والمعقمات المستعملة هى أولا حمض البوريك ويستعمل اما محلولا فى الماء المقطر المغلى بنسبة (٣) فى (١٠٠) أو مرهما مع الفازلين وغيره بنسبة (١) الى (٢) فى العشرة . ثانيا حمض الفينيك ولكن لقوته وخطر تأثيره الكاوى يستعمل اما محلولا كالسابق مع الماء بنسبة (٢) فى (١٠٠) أو مخلوطا مع الجلسرين أو الكؤل بنسبة (١) على (٢) ليسهل حمله ثم يحل مع الماء المغلى وقت العمل بنسبة (٢) فى (١٠٠) ولاخفاء رائحته الخاصة يضاف له

عطر الخزامى بنسبة (١) فى (١٠٠٠) ويؤشر على زجاجة المخلوط بلزوم رجها لئلا يطفو السائل الأحمى على السطح فيكون أكثر تأثيرا . وإما مرهما بنسبة (١) الى (٣٠) من الفازلين ويلاحظ أثناء استعمال مركباته من حدوث ظواهر كى أو التهاب موضعى أو تسمم عمومى يستدل عليه من تلون البول باللون المخضر أو المسود فحينئذ يتحتم منع استعماله . ويستعمل منه محلول مركز لتعقيم الآلات بنسبة (٥) فى (١٠٠) ولعدم الالتباس يكتب على الزجاجة اسم محلول فينيكى مركز ويلون بالنيل . ثالثا املاح الزئبق وأخصها السليمانى لقوة فعله القاتل للميكروبات . ويركب حسب الآتى

سليمانى	جرام واحد
حمض طرطريك	أربعة جرام
محلول كؤلى للنيلة	نقطة واحدة
ماء مقطر	ألف جرام

وهذا المحلول يخفف بضعفه أو ضعفيه من الماء النقى لتوقى فعله التهيجى أو الكاوى ولاجل السهولة تحضر منه أوراق تحل أثناء العمل بالنسب المتقدمة فتركب كل ورقة كالآتى

سليمانى	٢٥ر٠ سنتجراما
حمض طرطريك	ر١ جرام
نيلة أو لعل	نقطة

ويكتب على كل ورقة اسم سم ويحفظ فى علب خشب أو مقوى . ولوجود حمض الطرطريك أهمية فى منع السليمانى من الاتحاد بسوائل الانسجة الزلالية وتكوين راسب عديم الفعل . وفعل مركبات السليمانى يقوى كلما كان المحلول سخنا ويفضل فى تعقيم الآلات عنه حمض الفنيك لعدم تأثيره على المعادن والاوانى المعدنية والآلات . ويلى السليمانى فى الاستعمال ثانى يودور الزئبق بالنسب الآتية

بى يودور الزئبق	٢٥ر٠ سنتجراما
يودور بوتاسيوم	ر١ جرام
ماء مقطر	١٠٠٠, جرام

وعلى العموم يحترس أثناء استعمال المركبات الزئبقية من ظواهر الالتهاب الموضعية والتسمم به الذى يستدل عليه بانتفاخ غشاء الفم واللسان واللثة وادرار اللعاب أو من ادراك المريضة

طعم فهامعدنيا كريها فاذا حصل ذلك تعطى المرأة الماء المقطر محلولا فيه زلال البيض بنسبة (٤) بيضات لكل لترمن الماء وذلك لوقوف تأثيره . رابعا اليودوفورم ويستعمل وحده أو مرهمابنسبة (١) الى (٣) فى العشرة أومع الشاش سدا . خامسا فوق منجانات البوتاسا ويستعمل محلولا بنسبة (٢٥) سنتجراما فى الالف وهوجيد التأثير لولا انه يبقع الملابس . سادسا نفتولات الصودا محلولا فى الماء بنسبة (٤) فى (١٠٠٠) أو مركزا بنسبة (٥) فى (١٠٠) ثم يضاعف عند اللزوم بالماء بنسبة (٤) فى (١٠٠٠) كما تقدم وخلاف هذه المعقمات الموضعية يستعمل عند الحامل والنفساء بعض معقمات باطنية وأهمها برشام بنزاوات النفتول أو السالول بمقدار من (٣) الى (٤) جرامات فى اليوم

(فى التعقيم) - التعقيم هو التطهير باستخدام بعض المعقمات فى المواد المراد تعقيمها وحفظها من التلوث ويراد به فى الولادة تعقيم المكان ومتولى التوليد والوالدة

(١) المكان - يجب كما سبق انتخاب محل الولادة وجعله نقيا من العفونات وذلك بغسله بالماء المغلى البسيط أو المشبع المحتوى على جزء من السليمانى أو حمض الفنيك ويلزم منع الدخول فيه لكل محترف بالحرف التى تصلح لحياة الميكروبات وتولدها كالجزار وخدمة المسالخ والمستشفيات وكاسحى المراحيض وجامعى الخرق البالية وغير ذلك مع مراعاة تجديد هواء المكان جيدا

(٢) المتولى التوليد - يلزم تعقيم جسمه وتدثره بملابس معقمة بالغلى ومن أعلاها قيص أبيض معقم بصفة فوطة ويجب عدم مباشرته التوليد بملابس أو أدوات كان بها عند أخرى الا بعد تعقيمها ويجب قبل الشروع فى العمل تشمير الذراعين جيدا وغسلهما جملة مرات بالصابون الفنيكى والماء المغلى بواسطه الفرشة وتعقيم الاظافر بها أيضا ثم بالمنظف الخاص ثم بالماء الفنيكى أو السليمانى ولا يستعمل الصابون العادى لاحتواء تركيبه على ميكروبات نتيجة اصطناعه من زيوت لم تغل وقت التجهيز ويلزم تجديد غسل اليدين عقب كل ملامسة لاعضاء الوالدة ولا تجس أعضاء التناسل الباطنه الا بعد تعقيم الاعضاء التناسلية الظاهرة والايدى جيدا لئلا يكون ذلك سببا لتوصيل العدوى من الظاهر الى الباطن ويتحتم ذلك متى وجد سيلان أو حيض أو بعض جروح مهما كان مجلسها وبعد نهاية العمل يعقم يديه جيدا ومتعلقاته ثم يمعن نظره فى ملابسه لئلا يكون وصلها شئ من الوالدة وسها عنه فقد اتفق ان مولدة أصيبت بداحس فى

أصبعها وأثناء فتحه سقط على كمها نقطة من متحصله لم ترها وبعد الشفاء باشرت توليد سيدة وهي لابسة تلك الملابس فحصل لها تعفن ولادي قضى عليها ولذا يجب عدم مباشرة ولادة ثانية الا بعد التجرد من الملابس التي كانت على المولد عند مباشرته للولادة الأولى كما تقدم وتعقيم جسمه يكون باستحمامه في حمام مكون من (٢٠) جراما من السليماني وعشرين جراما من كلورايدرات النوشادر ومن (٢٠٠) جرام من الماء تخلط ببعضها ثم تصب في حوض من الخشب مملوء بالماء المغلى ثم يغسل جميع جسمه أو يكتفى عن ذلك بمسحه بمحلول السليماني بنسبة (١) على (٢٠٠٠) ثم بالماء المغلى مع الصابون الفينيكي وبعد ذلك يتدثر بملابس أخرى معقمة كما تقدم بدون لمس شئ من الاولى هذا مع وجوب تمضية بعض أيام بين التوليد الاول والثاني

(٣) الوالدة - تعقم بتعهد أعضاء تناسلها الظاهرة والباطنة بالمعقمات ثم وضع سدادات في فتحة المهبل من القطن العقيم المغلف بشاش مثله ليكون كرشح للهواء يمنع وصول جراثيمه المرضية داخل الرحم ويكرر ذلك بعد كل تبول ويتحتم منع استعمال الاسفنج فيما ذكر ويلزم أن تكون السدادات المذكورة مجهزة بتكوير القطن في حجم البيضة ومغلفة بشاش دوائي ومحفوظة في قطرميز معقم ووقت الاستعمال تغلى مع سائل عقيم مدة ساعة ثم تخرج منه وتغمس في محلول السليماني بنسبة واحد في (١٠٠٠) وقد تتخذ السدادات من شاش يكور بدون قطن ويعقم بالطريقة السابقة ويحفظ في قطرميزات من البلور كما تقدم ويعطى للولد بواسطة جفت معقم لا باليد مباشرة. وأحسن جهاز لغسل أعضاء تناسل المرأة هو الجهاز شكل (٨٢) أو (٨٣) أو (٨٤) المتقدم فكل منها متى وضع في محل مرتفع محتو على السائل المعقم يعطي تيارا كافيا لعبور الاعضاء المذكورة وغسلها جيدا فشكل ٨٢ عبارة عن كوز من زنك مغطى بالمينا والاحسن أن يكون من زجاج ينتهي قاعه بنتوء حلمي قنوى يثبت عليه لي في نهايته حنفية يركب على فمها أنبوبة ذات ثقوب من خزف أو صمغ أو عظم أو معدن والافضل أن تكون من زجاج سميك الجدر تنتهي بثقب أو عدة ثقوب شكل (٨٦) المتقدم ويفضل استعمال ذات الثقب للوالدة لقوة تيارها بخلاف ذات الثقوب فتفضل عند الحامل لضعفه ومما ينبغي التنبه له أن الانبوبة الزجاجية وان فضلت من حيث سهولة التعقيم الا أنها ربما تنكسر داخل الرحم أثناء غسله بقوة عوده على نفسه ولهذا يفضل عنها في غسل الرحم الانبوبة المأخوذة من الفضة. وبسبب

تحمل الكوز المعدنى للاوساخ وزوال ميناه بالسوائل المعقمة ولسهولة كسر الزجاجى وعسر نقله استبدل الكوز بالجهاز المكون من الكاوتشو وذلك لسهولة حمله فى شنطة المولد وعند الضرورة يكفى وجود قمع يسهل تعقيمه بمروره على لهب المصباح ثم يملأ بماء مغلى ويثبت به لى من الكاوتشو وتستعاض حنفيته للضرورة أيضا بإبهام وسبابة يد مساعد ويوفق على طرف اللى مبسم معقم مصنوع من أى مادة كانت . وعلى العموم يلزم غسل أجزاء الجهاز قبل العمل وبعده بغليه فى الماء مدة نصف ساعة ثم حفظه أثناء فترات الاستعمال فى سوائل معقمة . ومن المحوظات الضرورية أثناء غسل الاعضاء التناسلية الباطنة استقبال سائل الغسل فى حوض يوضع تحت المرأة متصل بجهاز ماص من الكاوتشو موضوع طرفه السفلى فى اناء آخر موجود أسفل السرير كما فى شكل (٨٥) المتقدم وفى حالة استعمال سوائل معقمة مرتفعة الحرارة يوفق على لى جهاز الزروقات أنبوبة مهبلية تمر فى جزء من الخزف ذى صيوان عريض شكل (٨٦) المتقدم بسد فوهة الفرج ويقى الشفرين من الحرارة

(فى كيفية غسل أعضاء تناسل المرأة) - لا يلزم توجيه نافورة سائل الجهاز الى عنق الرحم مدة الحمل بل توجه الانبوبة المهبلية المضبوطة باليد نحو قعور أكياس المهبل أثناء ما تكون سبابة ووسطى اليد اليمنى تنظف التجويف المهبلى جيدا بدون أن تؤثر على الرحم وأما اذا أريد غسل باطن الرحم فيسهل ذلك بعد الولادة لبقائه مفتوحا زمنا فيمكن دخول اليد اليسرى مجموعة الاصابع فى المهبل حتى عنق الرحم موجها راحتها الى الاعلى لتكون بذلك مسندا يهتدى به لتوصيل المجس الى عنق الرحم ومنه يدفع لباطنه فينفذ بسهولة الا انه يعاق اذا كان الرحم مائلا وحينئذ يوجه المجس نحو اليمين أو اليسار فينفذ لباطنه ويستدل على تجاوزه عنق الرحم متى مر منه أكثر من ثلاثة سنتيمترات أما اذا لم يمر الا ثلاثة فيدل ذلك على وجوده فى تجويف عنق الرحم فقط وأن طرفه معاق بالبرزخ أى حلقة بارتل فيلزم دفعه بدون خوف لانه بدفعه يدخل فى الرحم ويعرف ذلك بأنه اذا حرك المجس يتحرك أو يدفع الاصبع فى عنق الرحم لمعرفة ان المجس فيه أو تجاوزه فمتى تحقق دخوله تفتح الحنفية فيمر السائل فى الرحم وفى أثناء ذلك يوجه المجس تارة الى اليمين وأخرى الى اليسار وتارة يخرج جزء منه ثم يدخله وهكذا حتى يلامس السائل جميع أجزاء الرحم ويغسله واذا حصل نزيف وخيف بقاء جلط دموية لزم ادخال اليد اليمنى معقمة فى الرحم ثانيا فتخرجها هى وجميع ما وجد

معهاثم تنظف اليد باطن الرحم وإذا أريد غسل باطن الرحم بعد مضى زمن الولادة لزم وضع منظار ذى فلقتين مدهونا من الخارج بالفازلين البوريكى لكون الرحم صار مغلوقا كما انه يلزم ان يكون المساعد حافظا للرحم من الصعود بالضغط على قاعه أعلى الجدر البطنية للمرأة ثم يدخل المجس الرحمى فى المهبل ثم فى الرحم وبعد ذلك يخرج المنظار اذا كان معدنيا وكان الحقن عادرجة حرارته (٤٥) لان المنظار المعدنى يوصل الحرارة للمرأة فتتألم منه

(فى قسطرة المثانة) - تقسطر المرأة بادخال مجس فى مثانتها من الفضة أو الصمغ المرن ويفعل ذلك بتبعيد الشفرين الصغيرين لمن لم تختن والعظيمين للمختونة فيوجد أعلى الحدبة المهبلية المقدمة جزء محمر منبعج هو الصماخ البولى فبمجرد الضغط عليه بطرف المجس يدخل فيه وهذا هو فتحة قناة مجرى البول وهى توجد عند الحامل التى تكررت ولادتها فى نفس المهبل لا فى دهليزه فتكون على شكل قناة ولذا يلزم جذب غشاء فتحة المهبل الى أعلى والأمام لرؤيتها وقبل ادخال المجس بالفوهة يلزم ان يكون معقما ومغمورا فى محلول السليمانى ثم ينظف ويعقم بهذه الكيفية أيضا بعد كل قسطرة . وأثناء ادخاله فى المثانة يكون الابهام موضوعا فوق فتحته لعدم خروج البول بغتة وتلويثه للملابس والفراش . ولكون المثانة أثناء الحمل المتقدم مجذوبة الى أعلى بالرحم وقناة مجرى البول متوترة يصير دخول القساطير صعبا أحيانا ولهذا يستعمل مجس رفيع طويل مرن مكون من الصمغ المرن فاذا عاقت رأس الجنين دخول المجس لزم رفعها بواسطة أصبع يدخل فى المهبل ليبعدها عن طريق المجس وأحيانا لا يمكن قسطرة المرأة وهى مكشوفة فاذا كان المولد واقفا على يسارها رفع على ساعديده اليسرى غطاءها مدة مرور اليد اليمنى بالمجس تحت الغطاء ثم يدخل سبابة ووسطى اليد اليسرى مجتمعتين فى فتحة المهبل تابعا عموده المقدم وعلى هذين الاصبعين يدفع المجس موجها قمته الى أعلى ثم يدفع أعلى الحدبة المهبلية المقدمة لان الصماخ البولى موجود أعلاها . وان لم يمكن فعل ذلك مع الغطاء كشفت المرأة بالرغم عنها وأدخل المجس حينئذ

(فى التسمم العفن النفاسى) - قد يطرأ على الوالدة بالرغم عن فعل التعقيم تسمم عفن نفاسى يخشى على حياتها منه . وهو ينجم عن دخول مكروب هذا التسمم فى بنيتها من جرح باطن الرحم أو تمزق عنقه أو تسلخات المهبل أو الفرج أو العجان . ومما يساعد

على ذلك تمدد الاوعية اللنفاوية والدموية بالحمل . وقد يأتى مكروبه من نفس الوالدة متى وجد عندها مرض قيحى كالالتهاب المزمن المهبلى أو الرحمى أو الفرنجى أو فى مجرى البول فيدخل فى دمها بواسطة أحد الجراح أو التسلخات السابقة الذكر . وقد يأتى من مرض متحصل العلوق فيتصل بأمه أثناء مروره من أعضائها التناسلية بواسطة جراحها . وفى الغالب يأتى المكروب من العدوى الخارجية إما بواسطة المولد أو غيره أو أمتعة ملوثة بمادة قيحية عفنة أو مادة قيحية لجروح أو قروح بسيطة أو لالتهاب لوزى أو حلقى أو اجزيما أو التهاب نزلى أنفى أو مادة خراج أو غير ذلك

(فى علامات التسمم النفاسى) - علامات التسمم النفاسى تظهر بعد بضع ساعات من الولادة أو بعد مضى يومين وهى عمومية وموضعية . فالعلامات العمومية هى ارتفاع حرارة الوالدة وتزايد النبض وقشعريرة الجسم والالم البطنى والتهوع والقىء والامساك وحصر البول وانتفاخ البطن . والموضعية هى اعراض الالتهاب العفن للرحم أو للمبيض أو لهما أو للرحم والمبيضين وأجزاء البريتون عموما وربما نجم عن اصابة الرباط العريض تكون غلغمونى يعرف بألم وتعجن وارتفاع حرارة القسم المحاذى له ويعرف المولد ذلك بالجس المهبلى بواسطة أصبعه . وقد ينتهى هذا الالتهاب بالتحلل ثم بالشفاء لكن فى الغالب يبقى جزء من النضح بدون تحلل فيتعضون ويلصق الاجزاء المجاورة ببعضها كما يلصقها به فتتنوع مجاورات هذه الاعضاء وحينئذ يصير ينبوعا لحصول التهابات ثانوية تهدد المرأة زمنا طويلا . وهذا هو السبب فى أغلب عاهات الاعضاء التناسلية المزمنة . وقد لا يتحلل الالتهاب المذكور بل يستحيل الى صديد ويعرف ذلك بحصول قشعريرة ثانية وتزايد حرارة الجسم وعود الالم فى العضو المصاب وبرجوع ظواهر الالتهاب البريتونى كالتهوع والقىء الذى يخرج أولا مادة غذائية ثم صفراوية ثم مخضرة ثم شبيهة بالمادة البرازية فاذا ترك القيح ونفسه انفتح إما فى المهبل أو فى المستقيم أو فى الاربية ومتى انفتح باحدى الطرق المتقدمة فقد يجف وتشفى المرأة لكن الغالب أنه ينضح فينجم عنه طريق ضيق يسمى (ناصورا) وينشأ عن نضحه ضعف المرأة ونهوكتها ثم موتها وقد ينفتح الخراج فى تجويف البريتون فينجم عنه التهاب بريتونى عمومى مميت . وقد يكون التسمم عموميا أو موضعيا فالموضعى ما تقدم ذكره والعمومى يصحبه تارة التهاب بريتونى عمومى وقد يحصل بدونه وهو اما تابعى للتسمم الموضعى المتقدم واما أولى يظهر بعد الولادة ببضع ساعات أو بعد يومين وهذا هو العادة . وعلاماته هى ما تقدم من القشعريرة

والالم الشديد فى عموم البطن وانتفاخه والتهوع والقيء والامساك وتزايد الحرارة والنبض الذى يبتدئ صلبا ثم ضعيفا خيطيا وأحيانا يحصل طلب التبرز ولا يخرج الامادة مخاطية وقد يحصل اسهال هيضى ويصير البول نادرا زلاليا وأحيانا يقف افرازه وأخيرا تتغير صفات الوجه فيصير الانف دقيقا والعين غائرة فى الحجاج ومحاطة بهالة غامقة واللسان جافا والجلد فاقدا ومتسخا حتى انه اذا ثنى لا تنفرد الثنية الا ببطء والسائل النفاسى نتنا وأثناء ذلك لا تدرك المرأة شدة الالم اذا كانت حافظة لادراكها فتظن ان صحتها تحسنت ولكن لا يمضى زمن طويل حتى يعتريها النعاس ثم الكوما ثم الموت فى بضع ساعات فى الاحوال المتوسطة ويتم حصوله فى أواخر الاسبوع الاول من ابتداء المرض . وأما التسمم العمومى غير المصحوب بالالتهاب البريتونى فلا يصحبه التهابات عفنة موضعية أولية لا فى الرحم ولا فى المبيض ولا فى البريتون ويظهر فى اليوم الثالث من الولادة وقد يظهر بعد اليوم السادس . وعلاماته هى القشعريرة وارتفاع الحرارة وتزايد النبض ثم العرق الغزير الذى قد يعقبه تحسن الحالة العمومية ولكن ارتفاع الحرارة يستمر ثم تحصل نوبة أخرى تبتدئ أيضا بقشعريرة وتزايد فى الحرارة الموجودة ثم عرق غزير أيضا الا أن الحرارة تبقى مرتفعة فتنحف المرأة ويحصل لها اسهال عفن فتضطرب صحتها العمومية ويحصل لها ظواهر مرضية هاجرية كخراجات المفاصل والجلد والكبد والكلى والمخ والالتهاب العفن للرئة والقلب والصديدى للبلورة . وعادة تحصل هذه التغيرات الموضعية الهاجرية فى التسمم العفن البطىء السير الذى يقطع سيره فى شهرين أو ثلاثة وهذا ما يسميه بعض المولدين بالتسمم النفاسى المزمن . وقد يكون التسمم العمومى صاعقيا فيميت المرأة بعد بضعة أيام من ظهوره . وعلاج هذا التسمم هو البحث عن طريق دخول الميكروب المولد له هل هو الفرج أو المهبل أو الرحم ليعالج بالمعقمات المتقدمة بكل دقة فاذا كان مجلس الاصابة الاولى من جرح الفرج أو المهبل كان علاجه سهلا وذلك بغسله بسوائل التعقيم والغيار عليه بالمواد المعقمة واذا كان المجلس الرحم لزم غسل باطنه أولا ثم المهبل فالفرج بالماء المغلى العقيم ثم بالسائل المعقم المكون من واحد من فوق منجانات البوتاسا الأربعة آلاف من الماء المغلى أو من واحد من حمض الفنيك فى ٢٠٠ من الماء ثم يوضع فى الفرج غيار معقم فاذا لم تنخفض الحرارة العمومية عقب ذلك يلزم فعل التسلسل المستمر داخل الرحم بالمحاليل المعقمة المتقدمة أو المكونة من المركبات الزئبقية بواسطة مجس رحمى من

قصدير

قصدير أو فضة يلزم تثبيته برباط فيدخل بواسطته فى الرحم أولا من (٢) الى (٣) لترات من المركبات المتقدمة أو محلول ثانى يودور الزئبق (١) على (٤٠٠) من الماء ثم يعقب ذلك سائل التسلسل المكوّن من (١) من حمض الفنيك و (١٠٠٠) من الماء المقطر المغلى واذا تلون بول المرأة باللون الاسمر ولو خفيفا يستعاض هذا المحلول فى الحال بمحلول حمض البوريك المكون من (٣٠) من الحمض على (١٠٠٠) من الماء المقطر المغلى فينجم عن هذا العمل زوال المرض وشفاء المرأة فاذا مضى عليها (٢٤) ساعة من هذا العمل ولم تنخفض الحرارة يلزم فى الحال عمل كحت باطن الرحم ثم غسله ثم كيه عقب ذلك بالجليسرين الكريازوتى وكثير من المولدين يوصى بالانتظار على استمرار هذا التسلسل مدة يومين أو ثلاثة فاذا لم تهبط الحرارة بفعل الكحت وفى آن واحد يوضع على القسم الموجود فيه الالم من البطن أو الحوض كيس أو كيسان من الكاوتشو مملوآن بالجليد و يعلقان بخيط فى أعلى السرير أو سقف الحجرة أو فى الحائط بحيث يكون وضعهما على البطن مجرد لمس فقط لان تركهما بدون تعليق يزيد الالم لثقلهما فان لم يتيسر كيس الكاوتشو يفعل كيس من القماش المشمع أو يؤتى بمثانة حيوان بعد تنظيفها وتعقيمها وتملأ بالجليد وتعلق كما ذكر ثم تلف من الخارج بخرقة نظيفة معقمة أو قطعة من الفانيلا لتكون حائلة بين الكيس وجلد بطن المرأة ويلزم أن يكون وضع هذه الاكياس مستمرا و يغير الثلج داخلها قبل أن يتم ذوبانه والا فلا يتم العلاج به ويلزم الالتفات لبول المرأة فان لم تبل قسطرت وغسلت المثانة عقب كل قسطرة بمحلول حمض البوريك وبما ان أغلب التسمم النفاسى ناجم من وجود الميكروب السبحى المسمى استربتوكوك فاذا فعل حقن مصل هذا الميكروب المنسوب للدكتور (مارموريك) من ابتداء ظهور ظواهر التسمم بمقدار (٢٠) الى (٥٠) جراما كان أتم واذا كان عند المرأة اسهال يعمل لها حقنة معوية مضادة للتعفن وذلك بأن يوضع فى مائها جاوات النفتول . وبضارب القىء يتعاطى قطع من الجليد تستحلبها المرأة أو تعطى جرعة (ريفيير) أو خلاصة الافيون . وبمجرد تكوّن القيح يفتح الخراج من المهبل اذا كان كثير البروز فيه أو تفتح البطن و يستخرج الصديد و يكون الفتح أسفل البريتون بأن يفعل شق مواز لقوس الاوربية من أعلى كما فى ربط الشريان الحرقفى الظاهر ومتى وصل البريتون يفصل بلطف و يرفع الى أعلى بدون خدشه فيصل المولد الى الخراج فيشقه ثم بعد استفراغ الصديد وغسل محله يوضع فيه أنبوبة من الكاوتشو ليسيل بواسطتها السائل الى الخارج ثم يوصل

تجويف الخراج بتجويف المهبل اذا كان غائرا ثم يوضع فى الفتحة المهبلية أنبوبة أخرى لنزول السائل منها و يحقن و يغسل بواسطة الانبوبة الاولى وفى التسمم العمومى المصحوب بالتهاب بريتونى عمومى تعطى المرأة خلاصة الافيون و يحقن بمصل مكروب الاستربتوكوك وتوضع الاكياس الجليدية على جميع امتداد البطن و بما أن هذا غير كاف فيلزم فتح البطن وغسل البريتون وحقن الدم بالمصل الصناعى لغسله بطرد متحصلاته و يجرى الفصد لاخراج الدم العفن و ينبغى ان يكون فتح البطن مبكرا وذلك بشقه فى امتداد اتساعه نحو ستة سنتيمترات ومتى وصل للبريتون يفتح بلطف ودقة و يدخل فيه أنبوبتان معقمتان احداهما لخروج السائل والثانية من زجاج موصلة بجهاز الزروقات للغسل فيدخل أولا فى تجويف البريتون (٢) كيلوجرام من الماء المقطر المغلى لدرجة التعقيم ثم يتبع ذلك بدخول سائل سليمانى (١) على (٥٠٠٠) من الماء المقطر المعقم ثم يتبع ذلك بغسل بماء مقطر عقيم بسيط أى عقم بالغلى وحده و يوقف دخول السائل متى صار الخارج سائلا شفافا رائقا . والغسل الاول والثانى معدان لتنقيص الامتصاص البريتونى فقط . و يفضل عن وضع الانبوبة المعدة لخروج السائل فى فتحة شق البطن ان تفعل فتحة متسعة فى قعر كيس (دوجلا) توضع فيها هذه الانبوبة (ايدريناج) بمر أحد طرفيها فى البريتون والآخر فى المهبل . و بعد التنظيف يخاط جرح البطن و يغير عليه بالغيار المعقم ثم يملأ المهبل بالغاز اليودوفورومى . ويتعلق النجاح بمبادرة فتح البطن بسرعة عقب ظهور التسمم وأما العلاج بالمصل الصناعى الاستربتوكوكى المعد لدفع التسمم النفاسى فيكون بالحقن تحت الجلد أو فى الاوردة بمقدار من (٢٠) الى (٤٠) سنتيمترا مكعبا فى ٢٤ ساعة و يمكن ازدياد هذه الكمية بدون خطر لكن على العموم لا ينبغى ان يقتصر على العلاج بالحقن بالمصل بل يجب أن يستعمل معه المعقمات السابقة كما انه يلزم الامتناع من حقنه اذا كانت الكلى مريضة ولذا يلزم بحث البول قبل حقنه و يكرر الحقن يوميا الى تمام الشفاء ومتى تناقصت الحرارة لا يحقن الا بمقدار ٢٠ جراما أو ١٠ جرامات فى ٢٤ ساعة وكذلك فى حالة الضعف يفعل الحقن بالمصل الصناعى المعوض للدم المكون كما تقدم من ملح الطعام النقى (٥) جرامات وسلفات الصودا النقية (١٠) جرامات ومن الماء المقطر لدرجة التعقيم (١٠٠٠) جرام واذا لم يوجد المصل المذكور مجهزا يصنعه الطبيب بان يأخذ الماء المقطر و يغليه ثم يذيب فيه الاملاح السابقة و يضعه فى زجاج معقم ثم يغليه بزجاجة على حمام مارى يحتوى ماؤه على حقنة من ملح الطعام

و يعقم

• ويعقم الزجاج الذى يوضع فيه المصل بالهباب الكؤل فى باطنه كما يعقم غطاؤه بوضعه فى الماء والغلى عليه مدة نصف ساعة • ويلزم أن يحقن منه فى كل دفعة وهو فى درجة حرارة من (٣٨) الى (٤٠) من لتر ونصف الى لترين وآلة الحقن بسيطة تتركب من اسطوانة ذات مكبس من بللور يوفق على فمها الدقيق أنبوبة من الكاوتشو تتصل بابرة (ديولفوا) نمرة (٢) ويمكن استعاضة الاسطوانة ذات المكبس باناء من زجاج ذى فتحتين السفلى تتصل بأنبوبة إبرة الحقن والعليا يصب منها السائل ثم تسد بقطن معقم • وأما الحقن فى الاوردة فيكون بانبوبة من زجاج ذات طرف دقيق • وعلى العموم يلزم تعقيم آلات الحقن بغليها مع الماء فى أجهزة التعقيم قبل وضع سائل الحقن فيها • وتختلف طريقة العمل تبعا للحقن فى الاوردة أو تحت الجلد فللحقن داخل الاوردة يكفى رفع الاناء ذى الفتحتين الى أعلى بواسطة مساعد مع ضغطه على طرف الانبوبة الكاوتشية المتصلة بالفتحة السفلى للاناء لمنع سيلان السائل ثم يربط العضد أعلى ثنية المرفق لظهور الوريد الدماغى الاوسط فى ثنية المرفق أو يضغط العضد بواسطة أحد المساعدين وهو الاحسن ثم يكشف الوريد بشق الجلد المغطى له شقاصغيرا موازيا له ثم ينفذ خلف الوريد ابرة بخيط ويربط ثم يفتح أعلى الربط وحينئذ يؤمر المساعد بترك الضغط على طرف الانبوبة ليخرج جزء من المصل الى الخارج فيطرد الهواء ثم يدخل طرفها الدقيق فى الوريد من أسفل الى أعلى وحينئذ يترك المساعد ضغط العضد فيمر المصل فى الوريد • ويمكن تسهيل دخول الانبوبة بواسطة جفت يحفظ شفتى فتحة الوريد متباعدتين ويستمر المساعد على رفع الاناء الى أن يدخل من المصل فى الوريد أكثر من ثلثيه ثم يخفضه فى محاذاة فتحة الوريد قبل أن يتم فراغ الاناء وحينئذ يضغط طرف أنبوبة التوصيل ثم تخرج من الوريد اذا كان مقدار المصل الداخل فيه كافيا للمقصود والا بقيت فيه الانبوبة وصب فى الاناء جزء آخر من المصل ثم بعد ذلك يترك الضغط على طرف الانبوبة ويرفع اناء المصل الى أعلى فيستمر دخول المصل فى الوريد وهكذا حتى يتم الغسل ثم يخفض الاناء وتضغط الانبوبة ثم تخرج من الوريد كما تقدم وبعد اخراجها تخاط حافتا الجرح بغرزة خياطة يوضع فوقها غيار معقم محفوظ برباط معقم أيضا ثم يحفظ الساعد منثنيا مدة يومين أو ثلاثة • فاذا احتاج المولد لادخال كمية أخرى يفك الغيار ويفعل فى الجزء العلوى فتحة تدخل فيها الانبوبة كما تقدم وكمية المصل الذى يحقن به كل دفعة تكون من لتر ونصف الى لترين • وبعض المولدين حقن منه بنحو خمسة لترات • وقد يكرر الحقن

بالمصل دفعتين أو ثلاثا أو أربعا في اليوم حتى يتم الشفا . وعلى العموم فالحقن لا يؤلم الا أنه قد يعتري المرأة في انتهاء العمل به عسر في التنفس . وكما حقن بالمصل في الوريد يحقن به تحت الجلد أيضا مع تعقيم ابرة الحقن جيدا و يختار لذلك الاقسام ذات النسيج الخلوي الغزير تحت الجلد فتغرز الابرة في عمق هذا النسيج ليصل بها المصل اليه و يلزم توصيل السائل المحقون ببطء لتسهيل تخلله النسيج الخلوي و بذلك يمكن حقن كمية تختلف من (٤٠٠) الى (٥٠٠) جرام و يمكن تكرارها عند الاحتياج حتى تصل كميته من لتر ونصف الى لترين مدة (٢٤) ساعة

. وقد تصاب النفساء بالتهاب في الوريد الفخذي يسمى بالوريدي المؤلم الابيض (فلجما البادولنت) وهو كظاهرة تعفن نفاسي خفيف تحصل متأخرة ينسبه بعض المولدين لدخول المكروب السبحي (استربتوكوك) أي مكروب التعفن النفاسي في الوريد فيهيج أغشيته و يلهبها فيبطأ سير الدم و يتجمد و يكون جلطا دمويه تسد الوريد سدا تاما أو غير تام . واعراضه متى كان خفيفا أولا ارتفاع الحرارة العمومية بعض خطوط من درجة ثانيا ألم حذاء قسم مجلس التجمد الدموي إما في احدى الحفرتين الاربيتين الحرقفيتين أو الاربيتين معا أو في حفرة المنبض أو في سمانة الساق وهو إما حاد أو أصم يزداد بالضغط و بالحركة ثالثا أوزيما الطرف مبتدأة من أسفل حتى تعم الطرف بتمامه وهي أوزيما بيضاء ملساء تارة تكون صلبة وأخرى رخوة وهو الغالب و بالضغط الخفيف على الوريد بالاصبع يدرك الطبيب التجمدات السادة له كحبل معقود و بذلك تتألم المريضة وقد يحتوي مفصل الركبة على كمية من السائل المصلي فاذا تزايدت الحرارة عما تقدم فجأة دل ذلك على اصابة وريد الطرف الآخر وقد تشفى المرأة من هذا المرض بعد شهر أو ستة أسابيع . وأحيانا تظهر مدة وجوده مضاعفات أخرى كالالتهاب الينفاوي أو الغنغريني أو الغلغموني . وأحيانا يعقب الالتهاب الوريدي المذكور أوزيما مزمنة أو ظهور آلام عصبية متعاصية العلاج أو تيبسات مفصلية أو ضمور عضلي . وقد يحصل عنه الموت فجأة عقب سدة سيارة تقف في المخ أو في الدورة الرئوية و يتقى حصوله باستعمال مضادات التعفن و التعقيم و النظافة والراحة التامة في الاستلقاء الظهري مدة طويلة لأن هذا العارض يطرأ عند من تترك الفراش مبكرة قبل انتهاء الاسبوع الثالث تقريبا . ومتى حصل المرض يلزم أن تكون المرأة في راحة تامة وأن تغلف أطرافها بالقطن المعقم مع استعمال المعقمات و النظافة

أيضا

أيضا ولا يسمح لها فى ترك الفراش الا بعد أربعين يوما لانه بعد هذا الزمن تنحط الحمى

(المقالة السادسة فى الطفل بعد ولادته)

متى خرج الولد من أعضاء التناسل حيا صاح لشعوره بوجوده خارج أعضاء أمه ولاحتياجه للتنفس . ويكون جلده مغطى بطبقة دهنية فيلزم ازالتها . ولسهولة ذلك يدلك جسمه خصوصا فى ثنيتى الاربيتين وتحت الابطين وخلف الاذنين بالفازلين البوريكى قبل استحمامه . وكيفية دلكه هى أن تؤخذ كرة من القطن المعقم وتلوث بكثير من الفازلين ثم يدلك بها جلد الطفل بقوة وتستعاض بغيرها اذا تلوثت وهكذا الى أن يتم دلك جميع جسمه فيغمر فى ماء الحمام الا وجهه وفمه وتكون حرارة الماء من (٣٠) الى (٣٤) درجة ويدلك فيه جميع جسمه بالشاش المعقم مع الصابون حالة كونه موضوعا على راحة اليد اليسرى مفرطحة الاصابع لتسند عنقه ورأسه وبعض ظهره ويكون ساعدها مارا بين فخذيه وباليد اليمنى ينظف جميع أعضائه ثم ينشف الجسم ويذر عليه مسحوق النشا أو الليكوبود خصوصا تحت ابطه وفى الاربيتين ثم تفتح عيناه بتبعيد الجفنين بسبابة وابهام اليد اليسرى وتمسح باليد اليمنى بكرة من القطن المعقم مبتلة بمحلول حمض البوريك الدافئ المكون من (٣٠) فى الالف مع تنظيف باطن العين أيضا لانه لا يلزم الاقتصار على مسح العينين من الخارج خشية العدوى بالالتهاب ثم بعد ذلك يذر فيهما جزء من مسحوق اليودوفورم الناعم جدا واذا لم يتيسر وجوده يقطر فيهما قطرة من عصارة الليمون الجيد بدون التفات لاحمرار الغشاء الملتحمى الذى يعقب ذلك التقطير وبعد انتهاء ذلك يبحث الحبل السرى بحثا جيدا مرة ثانية خشية وجود عروة معوية به (فتق سرى) فتى تحقق من عدم وجود ذلك لزم ربطه ربطا ثانيا بخيط من الحرير يلف حوله مرتين أسفل من الجفت وأعلى من السرة بثلاثة سنتيمترات تقريبا مع الشد القوى ثم يعقد طرفا الخيط عقدتين متينتين فاذا كان الحبل السرى غليظا دهنيا غرويا لزم أن يكون شد الخيط ببطء حتى يتجاوز المادة الدهنية المذكورة ثم يعقد كما ذكر أو تزال بالسبابة والابهام ثم يربط الخيط كما تقدم أو يوضع الحبل السرى بين عودين من أعواد الكبريت ويربطان من الطرفين ربطا قويا فيكون الحبل كأنه بين جبيرتين والشد يكون واقعا عليهما مباشرة فلا ينزلق الخيط من محله اذن ثم بعد فعل العقدة الاولى يكسر من أطراف العودين ما زاد بحيث لا يكون باقيا منهما الا الجزء الموجود تحت لفتى الخيط والعقدة الاولى ثم يشد طرفا الخيط بقوة فيغوص الجزآن

الباقيان من العودين فى المادة الدهنية الغروية و يحصران النسيج الحقيقى للحبل السرى بينهما وبعد ذلك تعقد العقدة الثانية ثم يقطع الحبل أعلى الربط و يذر على محل القطع مسحوق اليودوفورم ثم يؤخذ جزء كبير من القطن المعقم وتعمل منه طبقة رقيقة مربعة الشكل اتساعها ه و (١٠) سنتيمترات ثم تشق فى أحد أطرافها الى مركزها ثم يدخل الحبل فى الشق الى أن يصل الى آخره و يكون الوجه الخلفى لهذه الطبقة ملامسا لجلد بطن الجنين أى فى آخر الحبل السرى من جهة البطن ثم يغلف الحبل بالقطن ثم يثنى على الوجه المقدم للطبقة القطنية نحو الجهة اليسرى لجذع الطفل وذلك لتجنب ضغط الكبد به أثناء وضع الرباط البدنى الحافظ للحبل وغياره ثم يذر أيضا على الغيار مسحوق اليودوفورم وعلى جميع جسم الطفل مسحوق النشا أو الليكوبود كما تقدم ثم تلف على الجذع والحبل اللفافة البدنية لحفظ الغيار السرى ثم يدثر الطفل بالملابس المحضرة له دافئة ثم يضجع على جانبه لسهولة خروج المادة المخاطية التى فى حلقه ويكون ترقيده فى سرير خاص به مجاور لسرير والدته . واذا كان الفصل باردا توضع بجانبه زجاجات مشتملة على ماء سخن لتدفئته مع المحافظة عليه من تيار الهواء والضوء الشديد . وقد لا تكون صحة الطفل جيدة فلا يصيح و يكون لونه باهتا وحبله السرى دقيقا بدون نبضات وتنفسه سطحيا يحصل مرة فى كل ٣٠ أو ٤٥ ثانية وتسمى هذه الحالة بالاسفكسيا البيضاء أو الموت الظاهرى . وقد لا يصيح و يكون لونه بنفسجيا وعيناه بارزتان زيادة عن العادة وفمه مفتوحا بدون تنفس والحبل السرى غليظا وبه نبضات غالبا وتسمى هذه الحالة بالاسفكسيا الزرقاء فمتى كان الطفل كذلك لا يستمر حيا أكثر من ساعتين أو ثلاثة واذا استمر حيا بعد ذلك كان استمرار حياته ناجما عن استمرار انفتاح ثقب (بوتال) . فالاسفكسيا البيضاء تنجم اما عن الضعف الخلقى للطفل فيكون غير قادر على التنفس وهذا ما يشاهد كثيرا لدى الاطفال الذين يولدون قبل تمام مدة الحمل . أو عن نزيف المشيمة قبل انفصالها . أو عن ضغط الحبل السرى . والاسفكسيا الزرقاء تنجم عن اعاقة خروج الدم من الجنين ولذا تشاهد فى الولادة البطيئة وفى التى تكون فيها الانقباضات الرحمية متوالية بدون فترة أو فى الانقباضات الرحمية التشنجية وعندما يكون الحبل السرى ملفوفا على عنق الجنين ومخنوقا به . و يجب على المولد فى حالة الاسفكسيا البيضاء عدم المبادرة لضغط وقطع الحبل السرى بل يلف الجنين بمنشفة جافة دافئة ثم يدلك جسمه و يشمم الخل ونحوه الى أن يصيح و يتنفس جيدا فيقطع حبله السرى و يجرى له ما تقدم

ماتقدم . وفى الاسفكسيا الزرقاء تجب المبادرة بقطع الحبل السرى وتركه مفتوح الاوعية ليخرج منه نحو (٣٠) الى (٤٠) جراما من الدم وأثناء ذلك يدخل الطبيب أصبعه ملفوفا بخرقة فى فم الطفل الى الحنجرة و ينظفها من المواد التى قد تكون موجودة فيها كمخاط أودم أوماء أمنيوسى أوغير ذلك أو ينظفها بريشة أوز برغبها معقمة بمحلول السليمانى ثم يحرض التنفس بدغدغة جدر بطنه أوأخمص قدميه أو بقرع وجهه أوأليته أوقسم قلبه باليد أو بفوطة مبتلة بالماء أو بالكؤل أو يدلك جلده بالكؤل أو يدغدغ الغشاء المخاطى للحفر الانفية أوالحلق بواسطة زغب ريشة أثناء غمر الطفل فى حمام ماء سخن بسيط أو خردلى أو يضبط الطفل ويهزه أمام طاقة مفتوحة أو يرش على وجهه ماء باردا أو يصبه بهيئة سلسول على قسم قلبه فاذ الم يفد ذلك يجذب اللسان ويرد جملة مرار بهيئة منتظمة ويكون ضبطه بواسطة الاصابع مباشرة أو بعدلفها بخرقة أو يضبطه بجفت ضبطا خفيفا لئلا يمزقه ويجذبه به الى خارج الفم جذبا قويا ثم يفعل فيه من الامام الى الخلف حركة كحركة التنفس الطبيعى فبجذب اللسان تتنبه قاعدته فيمتد ذلك التنبه الى النخاع المستطيل ومنه ينعكس على عضلات التنفس فتتحرك . ولفعل التنفس الصناعى يضبط ذراعا الطفل ثم يرفعان ويوجهان الى الخلف فيتسع القفص الصدرى وهذا هو الشهيق ثم يخفضان ويصالبان على الصدر مع الضغط عليهما فوقه خفيفا وهذا هو الزفير . ويجب الاستمرار على ذلك حتى يصير التنفس طبيعيا . أو ينفخ الهواء داخل صدره بمنفاخ مركب من كرة من الكاوتشو وانبوبة منحنية انحناء موافقا للحلق والحنجرة كما هو واضح فى شكل (٨٨) بحيث تكون كمية الهواء الداخلة به فى الصدر عند كل نفخ من (٢٥) الى (٣٠) سنتيمترا مكعبة ويلزم الاستمرار على ذلك حتى يصير التنفس طبيعيا ويصيح الطفل هذا مع ملاحظة ضربات قلبه دواما لانها ترشد المولد فى العمل . وكيفية النفخ بالمنفاخ المذكور هى أن يوضع خلف الطفل خديدات ليكون جذعه فى الوضع الجلوسى تقريبا ثم يدخل المولد سبابة ووسطى يده اليسرى فى فمه الى أن يصل الى الجزء العلوى للحنجرة فمتى أحس الاصبع بهذا الجزء أدخل باليد الانبوبة من لقا طرفها على الحافة الكعبرية لسبابة اليد اليسرى الى أن يصل الطرف حذاء فتحة الحنجرة فيرفع الطرف الخارجى للانبوبة الى أعلى واليسار فيدخل الطرف فى فتحة الحنجرة ويتحقق من الوصول اليها بأنه اذا حرك المنفاخ تحركت معه الحنجرة وحينئذ يبتدئ فى الضغط على الكرة الكاوتشية بخفة ضغطا متقطعا مقلدا حركة الشهيق الطبيعى

. ومدة كل نفخ تكون إما ثانيتين أو أربع ثوان ويضغط باليد عقب كل نفخ على القسم الشراسيفى أو بأمر مساعدا بعمل هذا الضغط لاخراج الهواء الذى دخل فى الرئتين بالمنفاخ . وعلى العموم لا يلزم تكرار النفخ زيادة عن ثمان مرات أو عشر فى الدقيقة ابتداء ويمكن تكراره فيما بعد زيادة عن ذلك . ويؤمل نجاح النفخ متى حصلت حركة تشنجية كنوع (فواق) فيها ترتفع البطن السفلى ثم يعقب ذلك سكون يستمر من (٢٠) الى (٣٠) ثانية ثم يعقب ذلك تنفس تشنجى متبوع براحة قليلة المدة ثم يعقبها شهيق بسيط عادى لا تشنجى فينتظم التنفس انما لا يلزم ترك النفخ كلية بمجرد حصول أول أو ثانى زفير ذاتى بل يلزم أن تكون الانبوبة باقية فى محلها فى الحنجرة ولا تخرج الا اذا تكررت الزفرات التنفسية الذاتية من (٦) الى (٨) مرات فى الدقيقة . ولذا لا يلزم اخبار الحاضرين برجوع الطفل الى الحياة بمجرد حصول الزفرات التشنجية الاولية

(فى حالة الطفل بعد الولادة) - نبض الطفل الذى فصل من والدته يكون من (١٢٠) الى (١٤٠) نبضة فى الدقيقة . وعدد تنفسه (٥١) مرة فى الدقيقة . وحرارته العمومية تنزل بعد الولادة عند ضعيف البنية الى (٣٦) بل الى (٣٣) درجة مئينية . ثم تصعد ثانيا الى (٣٦) درجة وهى الدرجة الاعتيادية للطفل الحديث الولادة . ومثانته تكون مملوءة بالبول أثناء ولادته ولذا يبول عقبها . وكذلك تكون الامعاء محتوية على كثير من المواد البشرية والمخاطية مختلطة بالمادة الصفراوية التى تكسبها لون خلاصة الخشخاش ولذا تسمى خشخاشية وهى كلمة يونانية تسمى بالعربية (عقيا) فأول براز الطفل يكون من هذه المواد ويحصل عقب الولادة وقد يحصل أثناءها اذا طال زمنها وحصل للجنين تعب أثناء خروجه . ويكون التبرز من هذه المواد مدة لثلاثة أو الاربعة أيام الاولى من الولادة ثم بعد ذلك تصير مكونة من فضلات هضم اللبن فيكون لونها أولا كالمرق ثم أصفر فاتحا ثم أصفر ذهبيا . وعدد برازه فى الشهر الاول يكون من مرتين الى أربع فى اليوم . ثم ان جلد المولود يكون وردى اللون عند البيض وأحمر غامقا عند السمر واللون الاحمر ناجم عن احتقان الجلد بسبب تأثير الهواء عليه لكن ينتهى ذلك بزواله فيصير لون الجلد أولا مسمرا ثم يبهت شيأ فشيأ الى ان يصير فى لونه الطبيعى

(فى نمو الطفل) - ثقل الطفل عقب ولادته فى الحالة المتوسطة يكون (٣٠٠٠) جرام تقريبا ثم يفقد من ذلك نحو (١٠٠) جرام فى الثلاثة الايام الاول من الولادة بسبب خروج

العقى

العقى الذى كان مالئا امعاءه . ومن اليوم الرابع يبتدئ وزنه فى الازدياد عادة بانتظام . فكل طفل لم يزد وزنه من اليوم الرابع يكون عليلا . ويزداد طول الطفل فى الشهر الاول مقدار أربعة سنتيمترات تقريبا وثلاثة فى الشهر الثانى واثنين فى الثالث . ويولد عادة بدون أسنان وقد يولد الطفل بأسنان ومن ذلك ملك فرانسا (لوين) الرابع عشر و (ميتيرابو) اللذان ولدا بأسنان فى فيهما . والمعتاد أن يبتدئ بزوغ الاسنان نحو الشهر السادس أو السابع ويتم ظهورها نحو انتهاء العام الثانى وتسمى اسنان اللبن . وتبتدئ أسنان الفك السفلى فى الظهور قبل الفك العلوى ماعدا القواطع الجانبية فانها تظهر للفك العلوى قبل مثيلتها للفك السفلى . ويكون ظهورها فى أزمنة معلومة منتظمة وأحيانا تختلف الازمنة ففى الاحوال المتوسطة عادة يظهر بعضها كل ثلاثة شهور بالترتيب الآتى

(ظهور الاسنان)

القواطع الوسطى	٢ سفليين ٢ علويين	تظهر نحو الشهر السادس تقريبا
القواطع الجانبية	٢ علويين ٢ سفليين	« « التاسع
الاضراس الاول الصغيرة	٢ سفليين ٢ علويين	« « الثانى عشر
الانياب	٢ سفليين ٢ علويين	« « الخامس عشر
الاضراس الثانية الصغيرة	٢ سفليين ٢ علويين	« « الثامن عشر

ثم ان اسنان اللبن تسقط وتستعاض بالاسنان الدائمة .

﴿ فى نوم الطفل ﴾ - يستغرق الطفل أكثر أوقاته مدة طوره الاول من الحياة فى النوم . وعادة يكون تيقظه من النوم بصياح يصحبه أحيانا بكاء فلا يكون دليلا على تألمه الا اذا كان شديدا مستمرا ويكون الصياح العادى ناجما اما عن الجوع وهو الغالب أو البرد أو عدم راحته فى لفته بأن تكون مبلولة من نبوله أو وسخة من تبرزه وهذا هو أكثر أسباب صياحه . ويكون صياحه المستمر ناجما اما عن مغص طرأ عليه أو عن انحصاره بلفته انحصارا شديدا

﴿ فى نظافة الطفل ﴾ - يلزم تنظيف الطفل كل يوم فى حوض صغير محتو على ماء حرارته من (٢٨) الى (٣٠) درجة مدة لا تتجاوز ثلاث دقائق ثم يخرج ويوضع على ركبتى المشتغل به ويكمل تنظيفه ثم يغسل الحبل السرى بالماء البوريكى ويجفف ثم يوضع عليه طبقة قطنيـة معقمة ومدهونة بالفازلين البوريكى ثم يذر عليـه مسحوق اليودوفورم وعلى جذع الطفل مسحوق النشا أو الليكوبود ثم يلف على الجـذع بالرباط البـدنى ثم تنظف العينان بواسـطة كرة من القطن المعقم مبتلة بمحلول حمض البوريك الفاتر . وعلى العموم تلزم ملاحظة لفته دائما فتغير كلما أصابها بلل أو وسخ كما انه يلزم ان يكون سريره مجردا من الناموسـية و بعيدا عن كل ما يدخل تيار الهواء كالنوافذ والابواب كما تقدم . وفى فصل الشتاء ترفع حرارة الغرفة الى (١٨) درجة اذا كانت أقل منها . ثم توضع فى سريره زجاجات محتو ية على ماء سخن يغير أثناء الليل لان الحرارة الجوية تنخفض الى أقصى درجتها نحو الساعة الثالثة أو الرابعة بعد نصف الليل فيصـير هواء الغرفة باردا جدا وماء الزجاجات كذلك فاذا لم يغير يبرد الطفل فيصيح لانه كثير الاحساس فى طوره الاول .

﴿ فى فسحة الطفل ﴾ - يختلف أول زمن خروج الطفل للفسحة تبعا لحالة الجو . فاذا كان صحوا أخرج بعد اليوم الخامس عشر من الولادة ولا تتجاوز فسحته فى اليوم الاول عشر دقائق أو ربـع ساعة ثم تزداد شيأ فشيأ لان فسحته ضرورية له وتعين على تحسين نومه

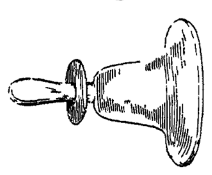
﴿ فى تغذية الطفل ﴾ - لا يلزم اعطاء الطفل شيأ يتغذى به قبل مضى (٢٤) ساعة من ولادته لانه لا يحتاج لذلك ولا يغذى بعد مضى هذه المدة الا باللبن فقط إما بارضاعه من والدته أو من مرضعة أجنبية أو بلبن حيوان أو بلبنى آدمية وحيوان . وعادة لا يبتـدئ افراز اللبن من الام الا من اليوم الثانى الى الرابع من الولادة و يسبق افرازه ظواهر احتقانيـة فى الثـدى يقال لها ظواهر صـعود اللبن وهى ألم الثديين وتوترهما وانتفاخهما ثم يظهر فى قمتى حلمتى الثديين نقط من سائل أبيض معتم وهذا هو ابتداء افراز اللبن وحينئذ يتناقص التوتر والانتفاخ الثدى ويزول الالم ويستمر الافراز اللبنى بالارضاع ولا ينقطع على العموم الا بعـد مضى سنتين تقريبا . وقد ينقطع فى ابتداء السـنة الثانية أو فى منتصفها وقد يستمر أكثر من سنتين بدوام الرضاع . وكثيرا ما يشاهـد أن مرضـعة ترضع طفلين متوالى الولادة لام واحدة . ويسمى اللبن فى ابتداء نزوله بالكولوستروما ثم يصير لونه أبيض مزرقا وقوامه ثخينا وهذا هو اللبن الحقيقى . فالكولوستروما مركبة من سائل مصلى سابح فيه فضلات بشرية

وجسيمات

وجسيمات نوتيـة الشكل مكونة من اجتماع أخليـة ملتصـقة ببعضـها بينها جسيمات دهنية ثم ان الجسيمات النوتية تتمزق وتتجزأ الى أجزاء دقيقة جدا فتنتشر فى السائل اللبنى العـادى ولذا لا تشاهد فيـه ثم ان اللبن الحقيقى يدخل ضمن تركيبه جزء من الماء متعلق فيـه بالمزج الكرات الدهنيو ومذاب فيه نحو ٦٠ جراما فى (١٠٠٠) من سكر اللبن المسمى (اللكتوز) ومذاب فيـه أيضا المادة المسماة بالكازيين (جبنـين) التى تنعقد علامستها للحمض المعـدى ومذاب فى ماء اللبن أيضا موادغـير عضـوية كفصـفات الجـير وكلورور البوتاسيوم وفوصفات الصودا والمانيزيا وغـيرها . ويحتوى السائل اللبنى على غازات فى حال الانفراد كحمض الكربونيـك وغاز الآزوت والاكسـوجين . وتركيب اللبن يختلف باختـلاف زمن الرضاعة ففى ابتداء كل دفعـة من الرضاع يكون رقيق القوام ثم يصـير بالمص كثيفا وعادة عنـدما يضغط الطبيب الحلمة بين أصبعيه يخرج منها نافورة لبن يكون لونه أولا معتما ثم يصير شـيأ فشيأ أبيض قشطيا فاذا وضع على الظفر منه نقطة وأميل الاصبع لا تسـيل بسهولة . ويوجد دائما بين الثدى ومعدة الطفل ارتباط فى الوظائف والتكون لان الجنـين لا يرضع فى الايام الاول الا قليـلا كما أن اللبن وقتئذ يكون خفيف التركيب قليل التغـذية والطفل غـير محتاج الى غذاء كثير من ذلك ولذا لا ينبغى ارضاعـه عقب ولادته من مرضـعة عمر لبنها نحو شـهرين أو ثلاثة الا لبعض ثوان لامتصاص الجزء الاولى الرقيق لكونه موافقا للمعـدته وكافيا للغـذائه وكلما تقـدم الطفل فى العمر وصار قويا وأعطى له الثدى مصه بقوة حتى لا يبقى فيه شـيأ . ففى الاسبوع الاول لا ينفرز من الثدى الا الكلوسترومانم يصـير اللبن متوسـط التركيب من ابتداء اليوم العاشر الى الخامس عشر وتام التركيب نحو الشهر السادس ثم يبتدئ افرازه فى التناقص من ابتداء السنة الثانية لكنه يكون مع قلة كميته أكثر تغذية ثم ينقطع افرازه من الشهر الثامن عشر الى تمام السنتين . وقد يستمر باستمرار الرضاع كما تقـدم . ثم ان المرأة الجيدة الصحة يفرز ثدياها فى ابتداء الاسـبوع الأول من الولادة نحو نصف لتر من اللبن فى اليوم تقريبا . وفى ابتداء الشهر السادس تفـرز لترا كل يوم تقريبا . وعلى العموم فأكثر ما تفرز المرأة من اللبن وهى بين سن العشرين سـنة والخمسـة والثلاثين . وخـلاف التغـيرات الطبيعيـة لافراز اللبن المتعلقـة بسـير الظواهر الفسـلوجية يحصـل فى افراز اللبن تغـيرات فى كميته أو صـفته تتعلق بأسـباب أخرى فاذا كان اللبن قليـل الكمية أو العناصر الغذائيـة أو كثيرها أضر

بالطفل لانه فى الحالة الاولى والثانية يكون غير كاف للتغذية وفى الحالة الثالثة يكون عسر الهضم لاحتوائه على كثير من العناصر الصلبة وبالاخص الزبد وكل من ذلك يؤدى الى اضمحلال قوى الطفل ولذا تلزم ملاحظة تغذيته فى كل آن . فالتغذية المنتظمة تحصل ضرورة من الرضاع الطبيعى المنتظم متى كانت المرأة جيدة الصحة ولبنها موافقا لمعدة طفلها

ومما ينبغى الالتفات اليه فى الرضاع حرصا على صحة الطفل منع تعاطى المرضعة شيأ من المشروبات الروحية أو الحوامض أو الخل أو غير ذلك من الادوية القوية الفعل لان ذلك ينفرز مع اللبن ويصل الى معدة الطفل ثم الى دمه ومنه الى عناصر الجسم . وعادة ينقص حيض المرأة العناصر المائية للبن فيصير ثقيل الهضم كما أن الحمل يغير صفته فى الغالب ويقلل كميته فيأخذ الثديان فى الذبول ثم ينقطع الافراز وبالجملة فجميع الاسباب التى تحدث اضطرابا فى تغذية المرضعة مثل النوب العصبية وتنغيص المعيشه والانفعالات النفسية من الفرح أو الحزن أو الانزعاج تغير الافراز الطبيعى للبن الجيد كما أن الامراض الحادة الحمية تقلل افرازه أو توقفه وقتيا ثم يعود عقب الشفاء غالبا . وأول واجب على الأم لطفلها ارضاعه متى كانت جيدة الصحة لان لبنها أجود غذاء له . وقد توجد أحوال فيها تجبر على ارضاعه بنفسها دون غيرها مهما كانت الاعذار وذلك عندما يكون الطفل مصابا بالزهرى . أما الاحوال التى فيها ينبغى حضانة الطفل بمرضعة أجنبية فهى إما قلة لبن الام أو عدم افرازه بالكلية ففى حالة القلة تساعد بالمرضعة واذن يكون الرضاع مشتركا وفى حالة عدمه تلزم الاستعاضة كما تقدم وكما تلزم أيضا اذا كان جسمها مضمحلا أو بثديها عيب خلقى كقصر الحلمتين أو مكتسب كتشققهما ففى هذه الحالة اذا لم يؤت بمرضعة أجنبية وضع فوق حلمه الثدى أثناء الرضاع الحلمة الصناعية البسيطة شكل (١٩٠) فيوضع صيوانها على هالة الثدى فتدخل حلمة الثدى فى الحلمة الصناعية



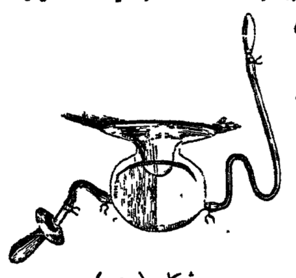
شكل (١٩٠)

ثم تدخل هذه الاخيرة فى فم الطفل فيمصها فيحصل الفراغ فيثبت صيوان الحلمة الصناعية على الثدى وينبزغ اللبن فى فم الطفل أو يوضع على حلمة الثدى الجهاز شكل (١٩١) المكون

(انظر شكل ١٩١ فى صحيفة ٢٥٩)

من

من نصف كرة من الزجاج ذى فتحتين جانبيتين كل فتحة مركب عليها لى صغير ينتهى أحدهما بحلمة صناعية ليمص منها الطفل والثانى ينتهى بمبسم من الصينى لتمص منه المرأة لعمل الفراغ فى نصف الكرة وعند فعل هذا المص يكون اللى الموجود جهة الطفل مضغوطا بسبابتها وابهامها بعد وضع نصف الكرة على حلمة الثدى فيخرج اللبن فيها فتعطى حينئذ الحلمة الصناعية للطفل وترفع سبابتها وابهامها



شكل (١٩١)

عن لى الطفل وتضغط على اللى من جهتها الى أن يتم الرضاع ثم تتركه فيدخل الهواء فى نصف الكرة فيزول الفراغ ثم يرفع الجهاز وتغسل حلمتا الثديين بحمض البوريك ثم يذر عليهما مسحوق اليودوفورم الذى يزال بالغسل قبل وضع الجهاز لكل رضاع كما انه يلزم تنظيفه عقبه ثم وضعه فى محلول حمض البوريك فى الفترة . وقبل وضعه للارضاع يغسل بالماء المغلى المعقم . وفى حالة ارضاع الطفل بمرضعة غير والدته يجب أن تكون المرضعة مقيمة مع والدته لمراقبتها وان تكون شابة بكرية الولادة متجاوزة العشرين من عمرها أو متكررتها وتجاوز عمرها العشرين سنة أيضا وتفضل الاخيرة لسبق تمرنها على الرضاع وتعود حلمتيها على تأدية وظائفهما . والسن الجيد للمرضعة الجيدة هو من العشرين الى الثلاثين ويلزم أيضا ان تكون المرضعة خالية من كل مرض وبعيدة عن زوجها ولم تحض وعمر لبنها كعمر الطفل أو أزيد منه بنحو شهرين الى ثلاثة فقط وان تكون حلمتا الثديين متكونتين جيدا وبارزتين لتمسكا بسهولة ولا تتألم منهما بضبطهما بالاصابع ولا بمصهما وان تكون الغدة الثديية نامية ويعرف ذلك بصلابتها لان كبر الثدى مع رخاوته يدل على نمو النسيج الشحمى لا على نمو الغدد المفرزة للبن . والثدى الجيد يكون متوسط الحجم كمثرى الشكل صلب القوام متمدد الاوردة غددى الملمس كما فى شكل (٤٣) المتقدم ويلزم لمعرفة جودة الغدد حلب اللبن الموجود فى الثدى لانه كثيرا ما تترك المرأة اللبن مخزونا مدة قبل ان تحضر للكشف عليها أو تكون أرضعت طفلها من أحدهما وابقت الآخر بلبنه . ومتى كان الثدى جيدا وضغط على الحلمة خفيفا بين السبابة والابهام من

الخلف الى الامام خرجت نافورة من اللبن واذا وضع منه نقطة على الظفر كان منظرها أبيض ولا تسيل بسهولة كما تقدم ثم بعد الكشف عليها يؤخذ لبنها ويحلل ويلزم لجودته أن يكون كالآتى .

زبده	٤٤,٦٥	فى الالف جرام
سكر اللبن	٦٠,٥٠	« « «
موادزلالية	٢٧,٣٥	« « «
املاح	٠١,٦٥	« « «
	١٣٤,١٥	
خلاصة جافة	+ ٠٩٥	

وكذلك يلزم الكشف على ولد المرضعة الذى يتغذى بلبنها للتحقق من صحته لان جودة صحته دليل على جودة اللبن مع التحقق من أنه هو ابنها أولا ويجب أن تكون معيشة المرضعة منتظمة وغذاؤها من المواد السهلة الهضم وأن تمنع من تعاطى التوابل والمشروبات الكؤلية وان تتريض بدون تعب وأن تنظف نفسها فى الحمام مرة فى الاسبوع على الاقل وتنظف ثدييها بمحلول حمض البوريك عقب كل رضاع وأن تلف بعد الغسل الحلمتين بشاش معقم ناعم مدهون بالفازلين البوريكى ثم تمسح الحلمات وتنظفها بالقطن المعقم أو بقطعة من الشاش قبل الرضاع وهكذا فى كل دفعة

وكيفية الارضاع فى الاسبوع الاول هى أن تضع المرأة طفلها بجانبها وتميل اليه بجانب جذعها فتعطيه الثدى ليرضع وهكذا فى كل مرة . ومن ابتداء الاسبوع الثانى يلزمها أن تأخذه وتضعه منحرفا على صدرها بينما تكون رأسه وجذعه مسنودين باليد التى جهة الثدى وتقرب له الحلمة باليد الاخرى حتى تدخل فى فمه ان لم يضبطها الطفل بنفسه ثم تتركها فى فمه فيمصها مدة عشر دقائق الى ربع ساعة فاذا تركها بعد ذلك فيها والا أخرجتها من فمه قهرا عنه . ورغبة الطفل فى الاستمرار على مص الثدى دليل على وجود عيب فى تغذيته أو قلة اللبن الموجود فى الثدى ويستدل على ذلك بتناقص وزن جسم الطفل ولذا يلزم وزنه قبل كل ارضاع وبعده ليعلم مقدار كمية اللبن الذى رضعه . والكمية اللازمة له بحسب سنه هى كالآتى

الايام

الايام	كمية اللبن اللازم كل دفعة		عدد مرات الرضاع فى ٢٤ ساعة	كمية اللبن فى ٢٤ ساعة	
أول يوم	٠٧	جرامات	١٠	٠٧٠	جراما
ثانى يوم	١٥	«	١٠	١٥٠	«
ثالث يوم	٤٥	«	١٠	٤٥٠	«
عاشر يوم	٥٥	«	١٠	٥٥٠	«
فى اليوم العشرين	٦٢	«	١٠	٦٢٠	«
الى آخر الشهر	٧٠	«	١٠	٧٠٠	«
فى ثانى شهر	٨٠	«	٠٩	٧٢٠	«
فى ثالث شهر	١٠٠	«	٠٨	٨٠٠	«
فى رابع شهر	١٢٠	«	٠٧	٨٤٠	«
فى خامس شهر	١٤٠	«	٠٧	٩٨٠	«
فى سادس شهر	١٦٠	«	٠٦	٩٦٠	«

ثم تستمر على هذا المقدار حتى تنتهى مدة الرضاع وقد تختلف هذه الكمية قليلا باختلاف بنية الطفل . ثم انه يلزم أن تستعاض المرضعة سواء كانت والدة أو أجنبية بغيرها متى صار اللبن مضرا بالطفل بأن كان غير كاف لتغذيته أو غير موافق لصحته . ويعرف ذلك بظواهر فساد الهضم الذى ينجم عنه صياح الطفل وطرو الاسهال عليه واشتمال مواده البرازية على تعقدات جبنية بحيث اذا حلل لبن الثدى وجد متغيرا . وقد لا يوجد تغير فيه الا انه يكون غير موافق لمعدة الطفل ويعرف ذلك باضمحلال جسمه مع توفر كمية اللبن وشروط جودته . وكذلك تستعاض المرضعة بأخرى اذا طرأ عليها مرض حاد عفن كالالتهاب الرئوى والحمى التيفوسية والتيفودية والحميات الطفحية والروماتزم المفصلى الحاد والتعفن النفاسى لان هذه الامراض تقلل اللبن ويخرج مكروبها معه فيعدى الطفل . وتستعاض أيضا اذا أصابها اليرقان أو وجد فى الحلمتين تشققات أجزيماوية وبالاولى اذا حصل فيها خراج

(فى الرضاع الصناعى) — الرضاع الصناعى يكون بلبن غير الآدمية . والمختار منه ما يقرب من لبنها فى التركيب وهو لبن الحمارة لانه قلوى ومحتو على قليل من الكازين وكثير من السكر كلبن المرأة الا ان زبده أقل من زبد لبنها ولذا كان أقل تغذية منه ويوافق

الطفل فى الايام الاول من ولادته وهو مسهل خفيف فى ابتداء تعاطيه . و يلى ابن الحمارة لبن المعزى و يحتوى على كثير من الكازين وقليل من السكر . وعلى العموم المختار لبن هذين الحيوانين لعدم استعدادهما للاصابة الدرنية . و يليهما لبن البقر الا أنه بعيد الشبه عن لبن المرأة لاحتوائه على كثير من الزبد والكازين من جهة ومن أخرى فان البقر مستعد للاصابة بالدرن ولذا يلزم الاحتراس من ارضاع الطفل بلبنه خوف العدوى . وكيفية الرضاع الصناعى أن يتعاطى الطفل من الحيوان اما مباشرة أو بواسطة آلة . فالارضاع مباشرة يمكن فعله من الحمارة أو المعزى لموافقتهما لهذا العمل لان حلمات الثدى فيهما قليلة الغلظ وطولها كاف لضبطها بسهولة بفم الطفل و يتعود عليهما بسهولة فلاجل ارضاعه من المعزى تمسك من احدى قوائمها الخلفية بعد غسل الثدى والحلمات بالماء البوريكى الدافئ ثم بالماء المغلى المعقم الدافئ المحلى قليلا بالسكر ثم يوضع الطفل فى الوضع الظهرى على ركبتى امرأة وتوضع حلمة الثدى فى فمه كما هو مشار له بشكل (١٩٢) فيرضع منها وتغسل حلمتها بعد الرضاع وقبله كما تقدم ويمكن تعويض نقص سكر لبن المعزى باعطاء الطفل قبل الارضاع ملعقة من محلول اللكتوز ثم ان الارضاع مباشرة لا ينبغى الانهارا أما ليلا فلا ينبغى الا بآلة والارضاع بها يكون غالبا باللبن البقرى لتيسره فى كل وقت انما ينبغى أن تكون البقرة سليمة صغيرة السن جيدة البنية حديثة الولادة وأن يكون غذاؤها بالعلف الجاف

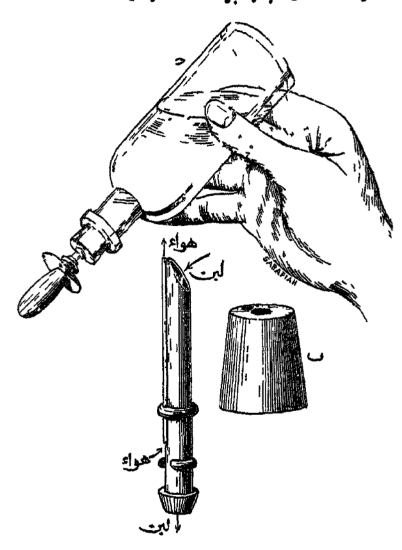


شكل (١٩٢)

كالدريس والفول والتبن لان غذاءها بالخضراوات غير جيد للبن اذا كانت البقرة معدة لرضاع الطفل وجزء اللبن الموافق لرضاع الطفل هو الجزء الاول الذى يخرج بالحلب من ثدى البقرة أو اللبن الذى فصلت منه القشطة وعلى العموم يضاف للبن البقر جزء من بى كربونات الصودا وجزء قليل من السكر وكمية من الماء المعقم تختلف باختلاف عمر الطفل ففى الاسبوع الاول والثانى يلزم أن يضاف الى اللبن مقدار ثلاثة أرباعه من الماء . وفى الاسبوع الثالث الى انتهاء الشهر الثالث يلزم ان يضاف اليه النصف من الماء ولذلك ينبغى غلى الماء لدرجة التعقيم بعد أن يذاب فيه جزء من بى كربونات الصودا وجزء من السكر بنسبة ثلاثة جرامات من الماء فى المائة . ويمكن أن تستعاض بى كربونات الصودا

بجزء

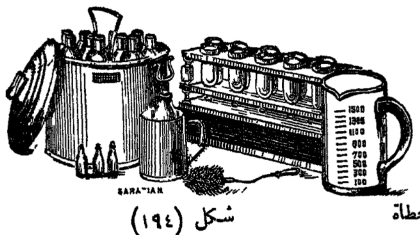
بجزء من ماء فيشى بعد غليه . واللبن المضاف اليه الماء يرغب الطفل فى تعاطيه كثيرا الا أن نموه يكون قليلا لقلة تغذيته وبالعكس اذا لم يضف اليه الماء وكان بكمية مناسبة الا أنه لا يلزم اعطاؤه فى الستة شهور الاول الا مخلوطا بالماء كما تقدم . وبعد هذه المدة يعطى له اللبن بدون ماء لتحمل معدته له . وعلى العموم يلزم ان يكون اللبن فاترا وقت تعاطى الطفل منه ويكون تعاطيه إما بالملعقة وهو الاجود أو بالفنجال أو بابريق صغير من البلور أو بالثدى الصناعى ويلزم رفض الثدى الصناعى ذى اللى لصعوبة تعقيمه جيدا . وأفضل ثدى صناعى هو الذى يتكون من زجاجة بيضاء مدرجة يستعاض غطاؤها بالحلمة الثديية شكل ١٩٣ متصلة بجزء اسطوانى به أنبوبتان احداهما غليظة معدة لمرور اللبن ينتهى طرفها الخارجى بالحلمة الثديية والطرف الآخر مغمور فى قاع اللبن . والانبوبة الاخرى دقيقة ومفتوحة الطرفين معدة لمرور الهواء أثناء الارضاع ويلزم استبدال الحلمة بغيرها زمنا فزمنا كما انه يلزم ان يكون اللبن خاليا من الجراثيم لانه



شكل (١٩٣)

بتعرضه للهواء تدخل فيه جراثيم مكروبية عديدة فتتكاثر ويساعدها على ذلك حرارة الجو وهذه الجراثيم ينجم عنها الامراض التى تشاهد عند الرضيع زمن الصيف كالاسهال الاخضر أو نحوه وقد تدخل فى اللبن بواسطة الماء الذى يضاف اليه أو بماء غسل الثدى الصناعى اذا لم يعقم بالغلى قبل ذلك ولذا يلزم غلى اللبن والماء المضاف اليه بالزجاجة المحتوية

عليهما الى (١٠٠) درجة مدة نصف ساعة متى كان اللبن معدّا للتغذية (٢٤) ساعة . أما اذا كان معدّا الاكثر من ذلك فيلزم غليه لدرجة (١٢٠) مع الاستمرار على الغليان فى هذه الدرجة نصف ساعة أيضا . وغليه الى (١٠٠) درجة كاف لتعقيمه عقب حلبه من ثدى الحيوان أما اذا مضى على حلبه زمن فيلزم أن يكون الغلى فى حرارة فوق (١٢٠) لان حرارة درجة المائة تميت المكروبات لكن لا تتلف افرازاتها السمية الموجودة فى اللبن فاذا ارادت الحرارة عن المائة أتلفت افرازاتها السمية فضلا عن قتلها المكروبات وكيفية التعقيم هى أن تؤخذ حلة ذات غطاء شكل ١٩٤ ثم سبت معدنى شكل ١٩٥ مقسم الى جملة تقاعير يوضع فى كل منها زجاجة مملوءة باللبن الى عنقها ومغطاة



شكل (١٩٤)

بغطاء من الكاوتشوشكله مخروطى يدخل جزؤه الرفيع فى فم الزجاجة فيسدّها ويبقى جزؤه الاكثر غلظا المفرطح خارج فمها وجزؤه الرفيع مصنوع بكيفية بها يسمح لخروج الهواء من الزجاجة لا لدخوله . وللسبت ساق ينتهى من أعلى بحلقة يدخل ويخرج بها مع زجاجه من الحلة وقبل وضعه بالحلة المذكورة يفرش بقاعها طبقة من القش أو التبن لتكون حاجزا بين السبت وقاعها ومتى ادخل يصب الماء البارد فى الحلة الى أن يساوى سطحه سطح

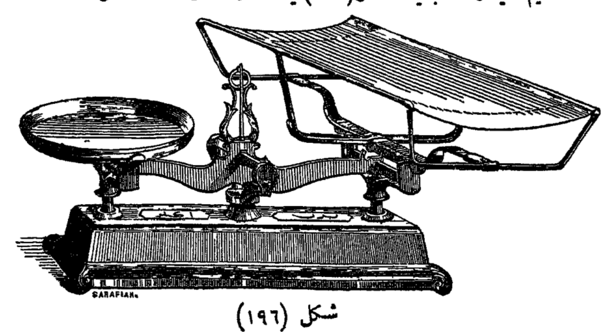


شكل (١٩٥)

لبن الزجاج كما فى شكل (١٩٤) ويغلى شيأ فشيأ ومتى حصل الغليان يستمر عليه مدة نصف ساعة . وكل زجاجة مقسمة الى جملة أقسام كما فى شكل (١٩٥) والافضل أن تكون كل زجاجة صغيرة لا تسع الا كمية لارضاع دفعة واحدة محكمة السد بسدادة الكاوتشو التى تصير سدادة للزجاجة سدا جيدا بضغط الهواء الخارج عقب الفراغ الذى

يحصل

يحصل بعد غلى اللبن وخروج جميع الهواء الموجود فيه وفى الزجاجة وتكاثف البخار بالتبريد ولذا يلزم بعد غليه مدة نصف ساعة رفع غطاء الحلة مدة (١٢) دقيقة ليبرد ماؤها ثم يخرج السبت بزجاجه ويوضع فى محل بارد . ويعرف تمام التعقيم متى صار السطح الظاهر للغطاء مقعرا وبأنه اذا قلبت الزجاجة وقرع على قاعدتها فجأة تحرك السائل كتلة واحدة وسمع صوت كالناجم من قرع مطرقة على سندال . وعلى العموم يلزم أن يكون الكاوتشو المكوّن منه الحلمة الصناعية وغطاء الزجاجة جيدا ويعرف ذلك بالقائه فى الماء فاذا طفا على سطحه كان جيدا واذا غاص فيه كان غير جيد لاحتوائه على معادن مؤكسدة وعلى كل تؤخذ زجاجة من هذه الزجاجات متى آن وقت الرضاع ويرفع غطاؤها الكاوتشى ويستعاض بالحلمة الصناعية كما هو واضح فى احدى زجاجات شكل (١٩٥) المتقدم وتعطى للطفل فيرضع مافيها فاذا بقى منه جزء فى الزجاجة لزم اراقته وغسلها هى والحلمة جيدا ثم توضع الأخيرة فى محلول حمض البوريك أثناء فترات الرضاع حتى اذا لزم الرضاع ثانية تخرج منه وتغسل فى ماء بسيط معقم دافئ ثم تركب على زجاجة أخرى وهكذا فى كل دفعة . وأحيانا يصير لون اللبن أسمر بسبب الغليان فلا يهتم بذلك . ولا يلزم اعطاء الطفل زيادة عن الكمية اللازمة له من اللبن المحضر بهذه الكيفية لان القليل منه يغذيه أكثر مما ذكر فى قائمة مقادير كمية اللبن فى كل ارضاع . ولبن البقر أكثر تغذية من لبن المرأة ولذا لا يلزم الاهتمام بصياح الطفل أثناء فترات الرضاع . وأعظم طريقة لمعرفة جودة صحة الطفل ونموه هى وزنه فى كل صباح فى ساعة معلومة توافق فترة من فترات الرضاع مع ملاحظة خلو المثانة والمستقيم . ويكون ذلك بالميزان شكل (١٩٦) فيزداد ثقل الطفل فى الحالة المتوسطة كالآتى



شكل (١٩٦)

فى الشهر الاول		٣٠	جراما
«	« الثانى	٣١	«
«	« الثالث	٢٧	«
«	« الرابع	٢٣	«
«	« الخامس	١٨	«
«	« السادس	١٥	«

((فى فطام الطفل)) — الفطام هو منع الطفل عن الرضاع وتعويضه بغذاء آخر. ويكون ذلك بعد انتهاء السنة الثانية التى بانتهائها يتم بزوغ أسنانه الا أنه يلزم أن يكون فطامه تدريجيا وفى غير مدة الصيف . وهذا هو القانون الذى فطر الله الخلق عليه فيلزم اتباعه لان مخالفته تضر بالطفل ضررا بليغا . فاذا فطم مبكرا نجم عن ذلك نزلات معدية معوية قد تكون مميتة . وقد اتفق ان الجناب العالى خديوينا (عباس حلمى باشا الثانى) كان له مرضعة عمر لبنها أكبر من عمره بكثير. ولما صار لجنابه العالى من العمر خمسة أشهر اعتراه بسبب ذلك التهاب معدى معوى فأرادت جدته رحمة الله عليها أن يغذى بلبن غير هذه المرضعة فاجرى ذلك ولم يفد بل تضاعف الاسهال واستمر نحو العشرين يوما بشكل خيف منه على حياته حفظه الله لانه لم يثمر العلاج فوقفت وما توفيقى الا بالله لان كونت له شوربة من عصير اللحم وأضفت اليها دقيق خبز مخصوص بعد تحميصه وسحقه ونخله جيدا فأفادته وأوقفت الاسهال فبقيت مستمرا على اعطائها له حتى أتم الثانية من عمره معتدل الصحة

ومما نوصى به عدم اعطاء الطفل غذاء غير اللبن الا عند الضرورة ولا يكون قبل الشهر السادس من عمره لان ظواهر التسنين تبتدى فيه تقريبا ويصحبها اضطرابات مرضية * وكيفية الفطام هى ان يبدأ با عطاء الطفل حال كونه فى الرضاع شوربة من مطبوخ الارز الجيد أو التبيوكا أو من الاراروط خفيفة القوام تامة النضج ويكون ذلك فى أول يوم ولا يعطى له منها فى الدفعة الواحدة زيادة عن أربع ملاعق أو خمسة وهكذا ثلاث مرات فى اليوم ثم يستمر على هذا المقدار مدة من الزمن تبعا لقلة لبن المرضعة وكثرته و بنسبة درجة تحمل معدة الطفل لهذا الغذاء الجديد وتعوده عليه فاذا حصل له أدنى اضطراب معدى معوى منع عنه هذا الغذاء وغذى باللبن الى أن يزول الاضطراب . واذا تعبت المرضعة عقب الفطام

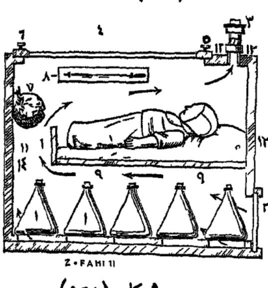
من

من كثرة اللبن فى ثديها أعطيت مسهلا أولا وقلل غذاؤها ومشروبها وغلف ثدياها بالقطن بعد دهنهما بمرهم خلاصة الشوكران ثم يرفعان برباط حافظ لهما

﴿فى أمراض حديث الولادة﴾ – (فى الضعف الخلقى) قد يولد الطفل سواء تمت مدة حمله أولم تتم ضعيف البنية بطىء الحركة والتنفس منخفض الحرارة مسترخى الجلد ومتكرشه لاقوة له على مص الثدى فاذا وضع فى فمه حرك شفتيه بدون أن يحرك الحنجرة وهذا يدل على عدم الازدراد واذا وزن قبل ذلك وبعده لم يزد وزنه شيأ أو يزيد قليلا فيلزم اذن رفع حرارته بالصناعة لدوام حياته وذلك بوضعه فى صندوق شكل ١٩٧ من خشب أو بلور طوله نحو ٦٥ سنتيمترا وعرضه ٣٦ وارتفاعه ٥٠ سنتيمترا وسمكه ٢٥ ملليمترا وتجويفه يكون مقسوما الى طبقتين انقساما غير تام بحاجز أفقى موضوع أعلى أرضية الصندوق بنحو ١٧ سنتيمترا كما فى شكل ١٩٨ والجزء الباقى بدون انقسام يعد لتوصيل الطبقتين بعضهما ويوضع فيه اسفنجة ممتلئة بالماء البارد ثم يوضع فى الطبقة السفلى على أرضية الصندوق بواسطة فتحة ذات باب كما فى شكل (١٩٧) المتقدم أوانى من خزف مملوءة بالماء الحار بعضها مشار له برقم (١) شكل (١٩٨) وبجانب هذه الفتحة فتحة أخرى تبقى مفتوحة بدون سد لدخول الهواء البارد مشار لها برقم ٢ من شكل (١٩٨) والطبقة العليا من الصندوق معدة لوضع الطفل فيها ولاجل ذلك يوضع فوق اللوح الافقى مرتبة رقيقة ووسادة صغيرة ثم يضجع الطفل على ظهره فوقها كما فى شكل (١٩٨) ويوجد فى غطاء هذه الطبقة فتحة متسعة مغطاة بلوح من بللور مشار له برقم ٤ اذا كان الصندوق من الخشب أو المعدن ليرى الطبيب الطفل منه ويدخله ويخرجه

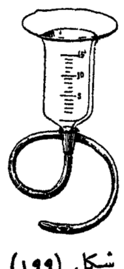


شكل (١٩٧)



شكل (١٩٨)

منها الارضاعــه وهــذا اللوح يثبت طرفاه ببرمتين مشار لهــما برقمى ٥ و ٦ من الشكلين المذكورين يمكن رفع الزجاج بفكهما فيصير الطفل مكشوفا ليمكن اخراجه من هذه الفتحة لارضاعه أو لتغيير ملابسه ثم ارجاعه محله وغلق لوح الزجاج بتدوير البرمتين فى اتجاه عكس اتجاه فكهما ويوجد فى الغطاء أيضا قريبا من لوح الزجاج فتحة صغيرة مركب فيها ترمومتر واصل الى تجويف الصندوق به تعرف الحرارة المحيطة بالطفل مشار له برقم ٣ وبجوار هذه الفتحة فتحة صغيرة جدا مفتوحة دائما يمر منها الهواء السخن من باطن الصندوق الى الخارج مشار لها برقم ١٣ . وعلى العموم فوضع الماء السخن فى أوانى الخزف مفضل لتحملها الحرارة هذا مع لزوم احضــار جملة منها يبقى بعضها فارغا معدا لملئه عنــدما يراد استبدال الأوانى التى فى الصــندوق بها وبهذه الكيفية يمكن جعل حرارة تجويف الصندوق من ٣١ الى ٣٢ درجــة وهى الدرجــة المطلوبة للطفل الضعيف البنية ويمكن رفعها الى (٣٣) درجة و (٤٤) ويلزم دائما النظر الى الترمومتر فاذا شوهد أنه ارتفع أكثر من الدرجة المتقدمة تفك البرمتان و يرفع الغطاء البلورى قليلا حتى ينخفض الترمومتر الى الدرجة المطلوبة ثم يرد ثانيا فاذا أريد أخذ الطفل من الصــندوق فتح الغطاء فتحا تاما ثم يغلق عقب اخراجه لعدم انخفاض حرارة تجويف الصندوق ويلزم دائما حفظه نظيفا اثناء عدم استعماله بغسل جميع أجزائه بمحلول السليمانى واحد على (١٠٠٠) وقد لوحظ من اســتعمال هذه الوسائط نقص عــدد موت الاطفال ضعيفى البنية عن ذى قبــل بدليل أن الاطفال الذين يولدون فى الشهر السادس لم يمت منهم الا سبعة وأربعون فى المائة مع أنه كان يموت جميعهم قبل استعمال هذه الطريقــة والذين يولدون فى الشهر السابع لا يموت منهم الا سبعة وثلاثون والذين يولدون فى نصف الشهر الثامن لا يموت منهم الا اثنان وثلاثون والذين يولدون فى ابتداء التاسع لا يموت منهم الا خمسة عشر والذين يولدون فى نصف التاسع لا يموت منهم الا تسعة



شكل (١٩٩)

. وزيادة على استعمال الحرارة الصناعية للطفل ضعيف البنية تلزم تغذيته لانه لا قدرة له على المص وذلك إما بواسطة الملعقة بعد اضجاعه على ظهره وانخفاض رأسه فتدخل الملعقة مملوءة باللبن فى فمه ثم ترفع رأســه قليلا ليدخل اللبن فى الحلق فاذا أمكن الطفل الازدراد فبها والا لزم ادخال اللبن فى معــدته بواســطة جهاز مركب من مجس من الكاوتشو الاحمر يتصل بقمع من البللور شكل (١٩٩) ولاجل ارضاعه به يؤخذ الطفل ويسطح على ركبتى مساعد أو والدته مفكوك اللفة ثم

يؤخذ

يؤخذ المجس المريئي لهذا الجهاز الذي يجب أن يكون وضع أثناء فترات التغذية في محلول حمض البوريك وغلى في الماء قبل استعماله ثم يوضع اللبن في القمع المتصل بالمجس لطرد الهواء منه ثم بعد خروج الهواء وجزء من اللبن يضغط الطبيب المجس بالابهام والسبابة بينما يكون مملوأ باللبن ثم يدخل سبابة اليد اليسرى في فم الطفل الى أن يتجاوز دهليز الحنجرة وعليها يدخل المجس باليد اليمنى ويدفعه الى أن يصل للمعدة واذن يرفع الطفل ويجلس ثم يرفع الضغط الواقع على المجس برفع الاصبع ثم يرفع القمع الى أعلى فيسيل اللبن في معدة الطفل ويلزم رفع وخفض القمع المحتوي على اللبن لينتظم دخوله في المعدة . وعلى العموم يلزم أن يكون ادخاله بيطء واذا لم يتيسر هذا الجهاز تملأ ملعقة صغيرة باللبن ويصب في أنف الطفل بعد كل مرة من شهيقه فيسيل اللبن على أرضية حفرتي الانف حتى يدخل في الحلق بدون أن يتجه الى الحنجرة هذا مع لزوم مزج اللبن مع الماء بالمقادير الآتية

في الاسبوع	الاول	جزء من اللبن	الى	(٤)	من الماء
«	« الثاني	جزء	«	(٣)	«
«	« الثالث	جزء	«	(٢)	«
وبعد الشهر الاول		جزء	«	(١)	«

ويلزم أن تكون كمية اللبن التي تعطى لهذا الطفل أقل من التي تعطى لمن تمت مدة حمله . فمن ولد في الشهر السادس أو السابع لا يلزم له في كل رضاع زيادة عن (١٠) جرامات (أي ملعقتي قهوة) ويكون ذلك كل ساعة مدة النهار وفي كل ساعتين مدة الليل ثم فيما بعد تصير الكمية من (٢٠) الى (٤٠) جراما وتصير الفترات مستطيلة . فاذا نشأ عن التغذية بالمجس حدوث انتفاخ الطفل أو أوزيما لزم تنقيص كمية الغذاء حينئذ

﴿ رجوع اللبن من فم الطفل ﴾ — قد يرد الطفل بعضا من اللبن قبل أن يصل الى معدته (اذ لو وصل اليها لما ارتد حافظا لصفته الطبيعية) وهذه الحالة تحصل للطفل الذي يمص الثدي بقوة ويزدرد زيادة عما يلزم مروره في المريء وقد يكون رجوعه عن عيب في الفم فيرد عقب المص مباشرة بدون أن يزدرده ففي الحالة الاولى يلزم أثناء الرضاع تبعيد الثدي عن فمه من برهة لاخرى ليتمكن من الازدراد ببطء وفي الحالة الثانية يضارب عيب الفم بما يناسبه

﴿ القيء ﴾ — اذا وصل اللبن الى معدة الطفل ومكث فيها من عشر دقائق الى نصف ساعة ثم قاءه كان ذلك قيئا واختلفت صفات مواده لانها تكون حمضية مكونة من سائل وكتل

جبنية مختلفة التجمد وعلى العموم يكون القيء مؤلما متعبا للطفل وسببه إما تغير فى اللبن أو فى الثدى الصناعى اذا كان يغذى بواسطته فيلزم البحث عن كليهما ليعرف ويجتنب

﴿ الاسهال ﴾ ـ قد يطرأ على الطفل فساد وقتى فى الهضم يكون ناجما عن تأثير برد أصابه أو تغير فى تركيب اللبن أو فى كميته أو عن عدم اهتمام المرضعة الاجنبية به اذا كان يرضع منها أو عن تغير فى الثدى الصناعى اذا تغذى بواسطته وفى جميع ذلك يحصل للطفل اسهال مائى متكرر يكون أقل اصفرارا وأحيانا يكون مخضرا وعلاجه هو تدفئته اذا كان ناجما عن البرد مع منع تغذيته باللبن ولا يتغذى الا بماء الارز المغلى أو بماء الشعير المغلى فقط فاذا لم يقف هذا الاسهال فعل للطفل حقن شرجية مكونة من الماء المغلى المعقم الفاتر مضافا اليه جزء من النشا وقد تكون مواد الاسهال مكونة من لبن منعقد غير مهضوم لونها أخضر سنجابى وهذا يشاهد عند الاطفال الذين يرضعون كثيرا من لبن كثير العناصر الغذائية أو من لبن غير جيد الصفة ويشاهد أيضا عند الاطفال ذوى الامعاء المصابة بالزهرى أو بالدرن فحينئذ يلزم بحث اللبن فاذا وجد محتويا على عناصر غذائية كثيرة أضيف اليه كمية من ماء الشعير المغلى أو ماء الارز المغلى أو يوضع الطفل فى الحمية المائية كما سيأتى بدون تعاطيه لبنا مدة يوم أو يومين . واذا كانت مواد الاسهال حمضية أضيف للبن ملعقة قهوة من ماء فيشى فى كل غذاء . واذا كان مصابا بالزهرى عولج بالدلك بجزء قليل من المرهم الزئبقى . وقد ينجم الاسهال عن التغذية المعيبة بأن يعطى للطفل مع اللبن شئ من الطعام كاللحم أو مهروس البسلا أو الفصوليا أو خلافها فى الوقت الذى لا يوافق اعطاؤه شيأ من ذلك أى قبل تمام بزوغ اسنانه فتكون مواد البراز ذات لون سنجابى وسخ قليلة الكمية والطفل منتفخ البطن . فيلزم لعلاجه انتظام الغذاء باللبن فقط ومع هذا ترتفع حرارته ثم يضعف ويموت ولا يفيد فيه العلاج اذا فعل بعد اصابته بمدة . وقد يكون الاسهال عفنا ناجما عن التسمم اللبنى ويسمى أيضا اسهال الثدى الصناعى لانه ينجم عن وساخته ويصحب الاسهال المذكور قىء . ومواد هذا الاسهال عند حديثى الولادة تكون ذات لون أخضر تبقع الملابس بقعا مخضرة وبها بعض تعقدات جبنية متخللة بالصفراء وتأثيرها حمضى وعددها مختلف وتصطحب بآلام يصيح الطفل منها وينجم عن هذا الاسهال وقوف نمو الطفل فينحف ويذبل جلده ويصير خشنا ويتغير لونه وتكون هيئته كهيئة الكهل لانه يظهر غلظ رأسه

ودقة

ودقة أطرافه ويصير بطنه عريضا غليظا وجلده لماعا لشدة تمدده . وهذا الاسهال يحدث عن التسمم باللبن الفاسد المتخمر بعنصر عفن ولذا لا يشاهد الا عند الاطفال الذين يتغذون بالثدى الصناعى . ومعالجة هذا الاسهال ان يعزل الطفل ويغلى كل ما كان عليه فى الماء من ملبوسات ومناشف وملا آت مدة من الزمن ثم يوضع فى الحمية المائية أى لا يعطى له الا مغلى الارز أو الشعير فقط مدة (١٢) ساعة ثم يعطى بعدها اللبن مخلوطا بماء الارز المغلى أو بماء الشعير المغلى مضافا لهما فى كل دفعة غذاء ملعقة قهوة من المركب الآتى

بنزوات النفتول (١) جرام

ماء (٥٠) جراما

هذا مع استعاضة الثدى الصناعى بمرضعة ان أمكن أو تنظيفه جيدا واستعاضة اللبن بلبن آخر أو يعقم اللبن جيدا بدون استعاضة . واذا كان الطفل باردا الجسم ينبغى دلكه بفانيلا جافة دافئة أو مبتلة بالكحول ويجوز استعاضة المركب المتقدم بالمركب الآتى

حمض اللبنيك (٢٥) سنتى جراما

شراب القرمبواز (٠٨) جرام

ماء (٢٥) جرام

بأن يؤخذ منه ملء ملعقة قهوة وتصب فى اللبن المعد لغذاء الطفل مدة (٢٤) ساعة اذا كان عمره من ثلاثة شهور الى اثنى عشر شهرا . وعلى العموم يلزم أن يكون الطفل فى حرارة منتظمة وان ينظف فى حمام حرارته مائة نحو (٣٠) درجة مدة خمس دقائق الى عشر مرتين فى اليوم . وفى أثناء الفترات يدلك جسمه بفانيلا جافة دافئة أو مغموسة فى الكحول الكافورى

﴿فى الامساك﴾ ـ قد يطرأ على الطفل امساك شديد . ويندر عند الاطفال الجيدى الصحة . ويكثر عند من تغذيتهم معيبة وعند من يتغذون بلبن كثير العناصر الغذائية . ويعالج هذا العارض بحقنة صغيرة محتوية على ملعقة من زيت اللوز فاذا زال الامساك فبها واذا استمر أضيف لكل غذاء أو لكل ملعقة من اللبن المعقم (٥) سنتجرامات من كربونات المانزيا أو بى كربونات الصودا أو قليل من كلورور الصوديوم أو يعطى قبل الرضاع ملعقة من شراب الراوند

﴿ فى شلل الطفل ﴾ ـ قد يحصل للطفل شلل فى أحد طرفيه العلويين أو فيهما عقب جذبه منهما أثناء الولادة . ويكون مجلسه العضلة الدالية أو تحت الشوكة والعضدية المقدمة

وقد يكون جميع عضل الطرف أو الطرفين مصاباً به فيكون فاقد الحركة والاحساس وقد يكون مجالسه عضلات الوجه ويكون ذلك ناجماً عن ضغط الجفت أثناء الاخراج به . وعلى العموم يزول الشلل من نفسه بعد مضي زمن قليل أو بعد دلكه دلكا بسيطا أو بتكهربه بالتيار المستمر

((في النزف الفمي أو الانفي للطفل)) — قد يوجد عند الطفل نزف فمي أو أنفي أو شرجي فيلزم الاسراع في ايقافه . وانذاره خطر لكونه دليلا على فساد الدم . وقد يحصل النزف من طرف الحبل السري أو من نقطة اندغامه في البطن . فالاول يدل على أن ربطه غير جيد فيلزم ربطه جيدا والثاني يدل على تمزق تلزم خياطته

((في تصلب جلد الطفل)) — قد يطرأ على الطفل اسكليروزا الجلد أي يتصلب جلده حتى يحصر الاطراف والمفاصل انحصارا امتينا . ويظهر ذلك في الايام الاول من الولادة فيصيب الاطراف أولا ثم يعم الجسم . فمتى وصل الى جلد الوجه تعذر عليه مص الثدي ويتميز التصلب عن الاوزيما بان فيها ينبعج الجلد عقب الضغط عليه بالاصبع ولا ينبعج في التصلب وهو يصيب الطفل غير التام مدة الحمل . و يعالج التصلب بوضع الطفل في صندوق التسخين وتغذيته بالمجس المريئي كما تقدم ودلك جسمه بزيت الكافور

((في أوزيما الطفل)) — قد يطرأ على الطفل أوزيما تنجم عن تخلل المادة المصلية للدم في النسيج الخلوي تحت الجلد وتحصل أيضا عند من لم تتم مدة حمله أو عند ضعيف البنية اذا عرض للبرد ولذا تلزم احاطته بالقطن المعقم أو وضعه في صندوق التسخين أو تدليك جسمه وتغذيته بالمجس اذا تعذر غذاؤه الذاتي

((في الموجيت)) — قد يظهر في فم الطفل الموجيت وهو نقط بيضاء تشاهد ملتصقة على اللسان والشدقين وباطن الشفتين وسقف الحلق وعلى اللهاة وتنتهي بأن تختلط ببعضها . ويكون لعاب المصابين به حمضيا . وهذه المادة مكونة من فطر يسمى (واديوم البيكانس) وظهوره دليل على فساد البنية فسادا عموميا . و يعالج بغسل الفم بماء فيشي ودلك الاجزاء المصابة بخرقة مغموسة في هذا الماء أيضا ثم بعد دلكها يمس بفرشة مغموسة في محلول مكون من أجزاء متساوية من البوركس ومعسل الورد

((في الرمد الصديدي للطفل)) — قد يحصل للطفل رمد صديدي بعد بضعة أيام من ولادته فيكون الجفن منتفخا ومحمرا ثم ينفرز من العين سائل مصلي مصفر قليلا و يصعب فتح العين

فيصيح

فيصبح الطفل و يتجنب الضوء دائما . وغالبا تصاب العين الاخرى بذلك ثم يستعاض الافراز المصلي بافراز صديدي فيزداد ورم الجفن و ينتفخ الغشاء الملتحمي و يكون حوية حول القرنية فتضطرب تغذيتها . فاذا لم يتوسط الطبيب تقيحت العين وتلفت ثم تفرغ مافيها فتفقد الابصار . وفى الغالب ينجم العمى الخلقى عن رمد صديدى حدث بعد الولادة . وهذا الرمد ينجم إما عن العدوى من طفل مصاب أو من قيح عفن لاعضاء تناسل الام . وفى الغالب يكون من مكروب السيلان البلوبورا جى للام (مكروب نيسير) ولذا يلزم للوقاية منه تعقيم أعضاء تناسل الام قبل الولادة و بعدها كما انه يلزم أن تنظف عينا الطفل وأن يذر فيهما بعد التنظيف مسحوق اليودوفورم وأن يعزل عن الاطفال الأخر وان تغلى ملابسه فى الماء . و يعالج متى كان خفيفا بغسل العينين بحمض البوريك انما يلزم قلب الاجفان جيدا وغسلها وان كان ثقيلا فبعد قلب الاجفان تمس بمحلول نترات الفضة واحد على أربعين بواسطة فرشة ثم تغسل بفرشة أخرى تغمس فى محلول كاورور الصوديوم ثم بعد ذلك يؤخذ قرص من القطن و يغمس فى محلول حمض البوريك و يوضع على العين ثم يغطى ذلك بقطعة من منسوج الحبر المصمغ

﴿فى يرقان الطفل﴾ - قد يظهر ذلك فى اليوم الثانى أو الثالث من الولادة فيصير لون الجلد والاغشية المخاطية مصفرا والبول محتويا على المادة الملونة للصفراء مع كون المادة البرازية حافظة للونها الطبيعى . وقد يكون اليرقان عديم الحمى وناجما عن عيب فى تركيب القنوات الصفراوية من اصابة الكبد بالامراض الزهرية . وقد يكون اليرقان ناجما عن تعفن ويأتى خطر يصحبه حمى واسهال وقىء . وحينئذ يلزم عزل الطفل وتعقيم ملابسه بالغلى وماتلوث من مفروشاته أيضا . وانذار اليرقان الزهرى والحمى الوبائية غير جيد

﴿فى الالتهاب السرّى العفن للطفل﴾ - قد يطرأ على الطفل التهاب سرى عفن ينجم عن تلوثه من أمه اذا كانت مصابة بالحمى النفاسية أو عن اهمال نظافة محل القطع أو عن ملامسته للاجسام الملوثة بمادة قيحية أو عفنة فيلزم التغيير عليه بالمواد المضادة للتعفن

﴿فى الالتهاب الاريتماوى للطفل﴾ - قد يظهر ذلك على الاليتين والفخذين والظهر وفى أعضاء التناسل فتحمر وتنتفخ وهو ينجم غالبا عن ملامسة البول والمواد البرازية خصوصا مواد الاسهال الحمضى لهذه الاعضاء . وعلاجه يكون بالنظافة والغسل بحمض البوريك الفاتر والدهن بالفازلين البوريكى حول الفتحات الطبيعية ثم يذر عليها مسحوق النشا أو اللوكوبود

(في ورقة الولادة) - يلزم المولد بعد تمام الولادة الاعتيادية أن يكتب ورقة ولادة الطفل ويوصلها أبو المولود أو أحد أقاربه مصحوبا بشاهدين الى المكتب الطبي في ظرف الثلاثة أيام التالية للولادة بواسطة محل الضبط اذا كانت بالامصار أو لمحل الضبط فقط اذا كانت بالارياف لان الاب في القطر المصرى هو المكلف بتبليغ الصحة عن مولوده . وفي مدينة باريس متى كان الطفل معروف الاب أي من عقد شرعي يعلن المولد محل الضبط بالولادة ليرسل طبيبه ليحقق ذلك وهذا لا يحرر ورقة الولادة ثم يحضر بهامع والده أو أحد أقاربه مع شاهدين الى محل الضبط وهناك يوقعون على المحضر الذي حرره وعقاب المولد في القانون الفرنسوى اذا لم يخبر الحكومة بالولادة الحبس من ستة أيام الى ستة شهور وغرامة من (١٦) الى (٣٠٠) فرنك وفي القطر المصرى يعاقب الأب بالمخالفة أو المولد في حالة ما تكون الولادة ناشئة عن السفاح اذا لم يخبر الصحة بالمولود في مدة الثلاثة أيام التالية للولادة

وقد تكون الولادة سرية بان كان المولود آتيا من سفاح فيكون المولد هو المكلف حينئذ بتبليغ الصحة عن اسم المولود ونوعه بدون ذكر أب أو أم فيقدم ورقة ولادة بدون أن يذكر فيها اسم المحل الذي حصلت فيه الولادة وبدون أن يذكر اسم الوالدة واسم أهلها ولو طلبت منه الحكومة توضيح ذلك

وفي ورقة الولادة يذكر المولد ان كان الطفل تام المدة أولا وقابلا للمعيشة أولا وولد حيا أو ميتا والحذر ثم الحذر من ذكر شئ في الورقة مما يختص بالسر الصناعي لا تصريحا ولا تلويحا ولا تخمينا والا عوقب من فعل ذلك قانونا هذا فضلا عن فقد شرف واجب الصناعة لان المولد سبيله أن يفضل الموت على افشاء السر الصناعي الذي هو الفضل والشرف الوحيد للصنعة والحياة الطبيعية . وها هي صورة ما يكتب بورقة الولادة

أنا الموقع اسمي أو ختمي أدناه على هذه الورقة الدكتور ـــــ في الطب ـــــ من المدرسة ـــــ أعلن انى حضرت في يوم ـــــ شهر ـــــ سنة ـــــ الى الست ـــــ في البيت ـــــ بحارة ـــــ بخط ـــــ أو ببلدة ـــــ أو عزبة ـــــ التابعة ـــــ لولادة الطفل (ذكرا أو أنثى) (لان تعيين نوع الطفل ضرورى جدا) بعد حمل تام المدة أو غير تامها (ولد حيا أو ميتا) قابلا للمعيشة أولا ما تحريرا في سنة (ثم يوضع التاريخ والامضاء أو الختم)

(وصلى الله على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين ما لاح بدر التمام وفاح مسك الختام)



(صاحب السعادة الدكتور عيسى باشا حمدى)
مؤلف كتاب (لمحات السعادة في فن الولادة) ومعلم الامراض الباطنية
ورئيس المدارس الطبية وحكيم باشي العائلة الخديوية سابقا
حفظه الله

(تصانيف المؤلف بالفرنساوية)

(١) كتاب فى الختان

(٢) « فى البيروبيلامينا

(٣) رسالة فى تأثير المورفين والذراريح والفصد فى بعض مضاعفات الجريب (انفلوانزا) (تقدم للمؤتمر الطبى الدولى سنة ١٩٠٠)

(٤) رسالة فى السر الصناعى (تقدمت للمؤتمر الطبى الدولى الصناعى سنة ١٩٠٠)

(٥) رسالة فى عدوى الجنين بالروماتزم المفصلى العمومى الحاد المصابة به الأم أثناء الحمل

(تصانيف المؤلف باللغة العربية)

(٦) كتاب فى صحة الحوامل والاطفال

(٧) « أمراض الاطفال

(٨) « فن العلاج

(٩) « لمحات السعاده فى فن الولادة

(١٠) التشخيص (التسمع والقرع)

(١١) الجراحة الصغرى

(١٢) هبة المحتاج (أمراض باطنة) مجلدين

(١٣) المعراج (أمراض باطنة) ثلاثة مجلدات

(١٤) النوشة (مناظرة لسعادة حسن باشا محمود)

(١٥) الانفلوانزا (تقدم للجمعية الطبية المصرية)

